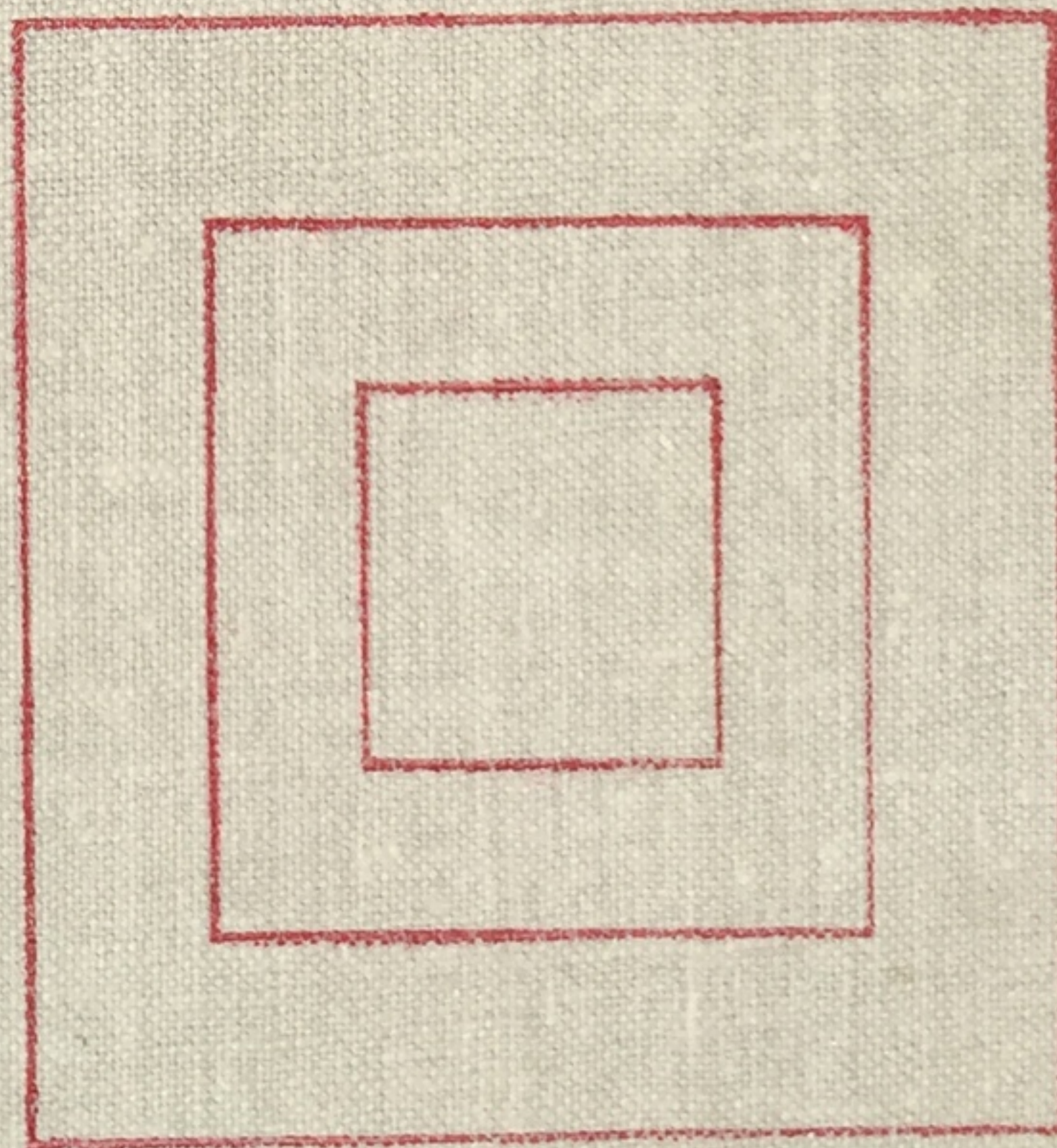
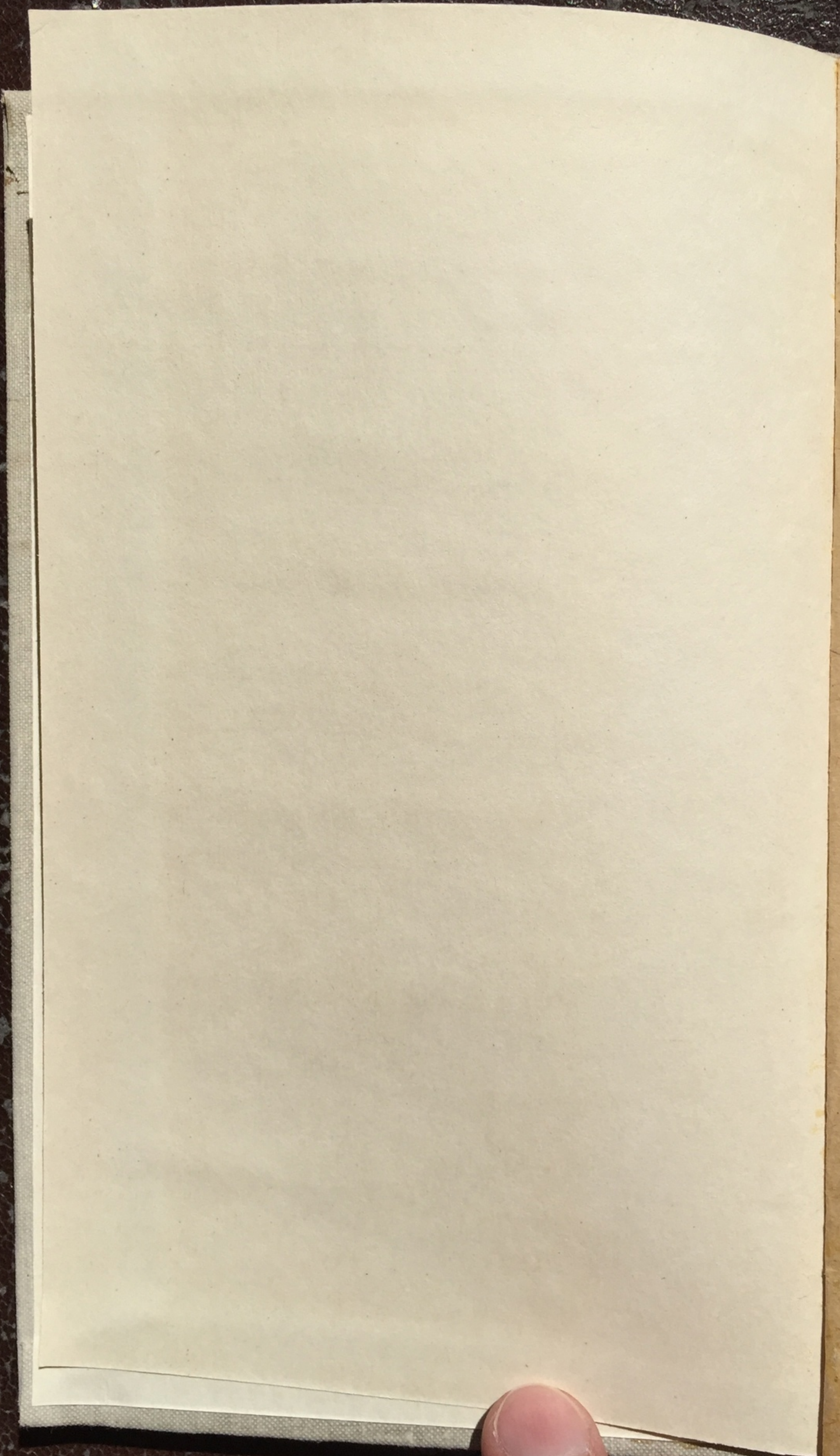


ПРАКТИЧЕСКИЙ
СПРАВОЧНИК
ВРАЧА-
ПСИХИАТРА



ИЗДАТЕЛЬСТВО
«ЗДОРОВЬЯ»



С

По

КИЕ
«ЗД

**ПРАКТИЧЕСКИЙ
СПРАВОЧНИК
ВРАЧА-
ПСИХИАТРА**

Под редакцией
проф. Г. Л. ВОРОНКОВА
доц. А. Е. ВИДРЕНКО

КИЕВ
«ЗДОРОВ'Я» 1981

ББК 56.14я2
617.9(083)
П69

УДК 616.89 (083)

Практический справочник врача-психиатра /Под ред. Г. Л. Воронкова и А. Е. Видренко.— Киев: Здоров'я, 1981.— 192 с.

В справочном издании освещаются вопросы организации стационарной и внебольничной психиатрической помощи взрослым и детям, наркологической помощи, работа врачебно-консультативной комиссии и судебно-психиатрической экспертизы, реабилитация психически больных, описаны клиника, диагностика и лечение основных психических заболеваний, неотложная психиатрическая помощь, работа врача-психиатра в соматическом стационаре и др. При этом по ходу изложения материала делаются ссылки на основные законодательные акты, нормативные, инструктивно-методические документы и их источники, что облегчит врачу изучение интересующих его вопросов. В приложении представлены апробированные лечебно-профилактическими психиатрическими и наркологическими учреждениями республики образцы оперативной документации.

Библиогр.: с. 182-188.

Рецензенты канд. мед. наук Э. А. БАБАЯН,
доц. Н. Г. ЕФИМОВИЧ, В. М. КОЗЛЮК

П 51700-188
М209(04)-81 44.81.4118000000

© Издательство «Здоров'я», 1981

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
ЧАСТЬ I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	5
Глава 1. Принципы организации и структура психиатрической помощи (Г. Л. Воронков, А. Е. Видренко)	5
Глава 2. Стационарная психиатрическая помощь (А. Е. Видренко)	8
Глава 3. Внебольничная психиатрическая помощь (А. Е. Видренко)	17
Глава 4. Психиатрическая помощь детям (В. Н. Кузнецов)	27
Глава 5. Наркологическая помощь (А. Е. Видренко, Ж. А. Корецкая)	35
Глава 6. Правовые вопросы в психиатрии и экспертная работа врача-психиатра (Г. Л. Воронков, С. М. Лившиц, А. Е. Видренко)	44
Работа врачебно-консультационной комиссии	44
Судебно-психиатрическая экспертиза	49
Глава 7. Реабилитация психически больных (П. Г. Мецов)	59
ЧАСТЬ II. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	66
Глава 8. Методологические принципы психиатрической диагностики (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук)	66
Глава 9. Шизофрения (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук, Б. В. Шелунцов)	70
Глава 10. Эпилепсия (Г. Л. Воронков)	79
Глава 11. Маниакально-депрессивный (циркулярный) психоз (А. В. Крыжановский, А. В. Олейник, Б. В. Шелунцов)	88
Глава 12. Алкоголизм и алкогольные психозы (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук)	93
Глава 13. Психозы позднего возраста (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянская, В. С. Шапошников)	104
Глава 14. Олигофрения (Л. А. Булахова)	112
Глава 15. Реактивные психозы (С. М. Лившиц)	126

Глава 16.	Неврозы и неврозоподобные состояния (А. В. Крыжановский, Б. В. Шелунцов)	133
Глава 17.	Психопатии (Г. Л. Воронков, С. М. Лившиц)	139
Глава 18.	Ургентная психиатрическая помощь (В. М. Куценко)	144
Глава 19.	Консультативная работа психиатра в соматическом стационаре (Л. И. Завилянская, В. М. Блейхер)	152
Глава 20.	Физиотерапия при психических заболеваниях (Е. С. Волков)	157
Приложения	(А. Е. Видренко)	159
Предметный указатель		176
Список литературы		182

Георгий Лео
Моисеевич
геевич Волк
Корецкая, А
лаевич Кузн
ищ, Петр
слав Семено
чеславович

ПР

По

Редактор Т.
Оформление
Художествен
Технический
Корректоры
Е. Я. Котл
Информ. бла
Сдано в наб
Бумага тип.
Уч.-изд. л. 14
Издательство
Киевская кни

ПРЕДИСЛОВИЕ

Актуальность справочных изданий для врачей определяется тем, насколько они соответствуют проблемно-комплексным принципам и практической направленности советского здравоохранения. Предлагаемое вниманию читателей справочное (по форме и содержанию) издание отвечает требованиям, предъявляемым в настоящее время к подобным изданиям. Врач-психиатр должен сочетать большой запас профессиональных знаний с достаточной организационно-методической подготовкой, с умением использовать в практической деятельности новые организационные формы помощи больным на основе передового опыта лечебно-профилактических психиатрических учреждений страны, в совершенстве владеть методами ранней диагностики, лечения и профилактики с учетом новейших достижений терапии и практики восстановления психического здоровья, социальной и трудовой реабилитации психически больных.

Материал излагается со строгих научных позиций в соответствии с принципами советского здравоохранения; показан государственный, плановый характер психиатрической помощи, ее общедоступность, гуманистическая и профилактическая направленность, единство науки и практики.

Авторы справочника — известные в нашей республике ученые и организаторы психиатрической помощи; они сумели в конкретной, сжатой и доступной форме отразить основные достижения современной клинической и организационной психиатрии.

Особый интерес представляют разделы справочника, посвященные организации психиатрической и наркологической больничной и внебольничной помощи, а также правовым вопросам советской психиатрии; в них удачно синтезирован опыт дифференцированной и преемственной организации помощи психически больным. Не менее ценным является и то, что в каждой главе приводятся законодательно-нормативные и инструктивно-методические источники.

В справочнике на основании изучения передового опыта впервые приведены модели организации психиатрической службы, адаптированные варианты некоторых методик, а также образцы медицинских документов, способствующие совершенствованию научной организации работы врача-психиатра.

«Практический справочник врача-психиатра» под редакцией профессора Г. Л. Воронкова и доцента А. Е. Видренко будет способствовать дальнейшему повышению профессиональной подготовки врачей-психиатров и совершенствованию психиатрической помощи населению.

Начальник Главного управления
лечебно-профилактической помощи
МЗ СССР

В. М. Козлюк

Часть I. ВС
И

Глава 1

ПРИНЦИПЫ
ПСИХИАТРИЧ

Психиатричес
органов здра
дико-санитар
стерства здра
и действующ
рическая для
располагает п
но-профилакти

Психиатр
к населению,
ждений сущес
а) психиатрич
атрической и
службами и д
(города); в)
ного обеспече

хическими заб
просвещения
натами для ум
динскими от
рами и врачам

Преемстве
психиатрически
ными объедин

Стационар

чает одно сме
разного пола п
рологического
психиатра, обл
1975).

Бригадно-т

заключается в
отделениями п
сколько район
преемственность

1973; Г. П. Ко
тализированы

(за исключени
ванные отделен

ческой помощи
ром и постоянн
также благотвори

регоспитализац

Часть I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Глава 1

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СТРУКТУРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая помощь в СССР осуществляется учреждениями органов здравоохранения, социального обеспечения, просвещения, медико-санитарными частями предприятий и ведомств. В системе Министерства здравоохранения функционирует 3 самостоятельные и взаимодействующие службы: психиатрическая для взрослых, психиатрическая для детей и подростков и наркологическая. Каждая из них располагает профильными стационарными и внебольничными лечебно-профилактическими учреждениями.

Психиатрическая служба децентрализована, то есть приближена к населению, и общедоступна. В деятельности психиатрических учреждений существует преемственность (координация в работе) между: а) психиатрической (для взрослых), детской и подростковой психиатрической и наркологической службами; б) психиатрическими службами и другими медицинскими учреждениями данного района (города); в) психиатрическими службами и учреждениями социального обеспечения (ВТЭК, домами-интернатами для инвалидов с психическими заболеваниями и необучаемых больных олигофренией), просвещения (психоневрологическими санаторными школами, интернатами для умственно отсталых детей), санитарными частями и медицинскими отделами различных ведомств; г) участковыми психиатрами и врачами, работающими в стационарах.

Преемственность в работе стационарной и внебольничной сети психиатрических учреждений обеспечивается стационарно-амбулаторными объединениями и бригадно-территориальным обслуживанием.

Стационарно-амбулаторное психиатрическое объединение включает одно смешанное или два психиатрических отделения для лиц разного пола психиатрической или соматической больницы, психоневрологического диспансера и психиатрический кабинет участкового психиатра, объединенных территориально (А. Е. Лифшиц с соавт., 1975).

Бригадно-территориальное обслуживание психически больных заключается в том, что за мужскими и женскими общепсихическими отделениями психиатрической больницы закрепляются один или несколько районов. (Методические рекомендации «Опыт организации преемственности в обслуживании психически больных». Донецк, 1973; Г. П. Кобец, Л. С. Вольфогель и др., 1975). Больные госпитализируются только в те отделения, к которым они прикреплены (за исключением нуждающихся в госпитализации в специализированные отделения). Метод обеспечивает преемственность психиатрической помощи за счет обслуживания больного участковым психиатром и постоянным врачом психиатрического стационара. Это создает также благоприятные условия для изучения заболеваемости и причин регоспитализации, разработки индивидуальных реабилитационных

программ, анализа причин расхождения диагнозов, профилактики общественно опасных действий со стороны психически больных, профессиональных контактов между психиатрами больничных и внебольничных психиатрических учреждений. Использовать указанный метод целесообразно при наличии в области нескольких психиатрических больниц со специализированными отделениями и развитой внебольничной психиатрической сетью.

Главный специалист-психиатр (детский и подростковый психиатр, психиатр-нарколог) министерства здравоохранения, областного (городского) отдела здравоохранения («Положение о главном внештатном наркологе республики, края, области, района, города», утвержденное МЗ СССР 20 марта 1978 г.) анализирует показатели деятельности подведомственных лечебно-профилактических учреждений; разрабатывает предложения по перспективному планированию развития службы и повышению ее эффективности, подготовке и повышению квалификации врачей и средних медицинских работников, внедрению в практику достижений науки; контролирует выполнение плана мероприятий по совершенствованию организации службы, лечебно-диагностической и консультативной работы.

Инспектор-психиатр (психиатр-нарколог, детский психиатр) лечебно-профилактического управления Министерства здравоохранения СССР (союзной республики) выполняет административную и организационную работу, обеспечивающую оперативное руководство специализированной службой, осуществляет контроль за выполнением распоряжений и приказов министерства здравоохранения. В своей деятельности опирается на помощь главного специалиста министерства и научно-организационного отдела головного научно-исследовательского института по профилю.

Проблемная комиссия по психиатрии (союзная, республиканская) создается при Ученом медицинском совете министерства здравоохранения. Рассматривает, утверждает и координирует планы научно-исследовательских работ (НИР), выполняемых профильными научно-исследовательскими институтами, кафедрами психиатрии медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, практическими врачами лечебно-профилактических психиатрических и наркологических учреждений; разрабатывает предложения по тематике научных исследований в области психиатрии и наркологии; организует и контролирует подготовку научных кадров; разрабатывает предложения по внедрению в практику достижений науки и техники. В состав комиссии входят ведущие специалисты данного профиля.

Научно-организационный отдел научно-исследовательского института (Институт общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского МЗ СССР, Институт психиатрии АМН СССР, институты психиатрии союзных республик) в контакте с главными специалистами и инспекторами Министерства здравоохранения разрабатывает вопросы научной организации специализированной службы, эпидемиологии психических заболеваний, обобщает передовой опыт лечебно-профилактических учреждений, разрабатывает вопросы внедрения в практику достижений медицинской науки, анализирует состояние лечебно-диагностической деятельности психиатрических и наркологических учреждений и определяет научно обоснованные пути ее совершенствования, участвует в разработке перспективных планов и долгосрочных программ развития психиатрической и наркологической помощи,

подготавливает материалы для приказов и распоряжений руководящих органов здравоохранения.

Научное общество невропатологов и психиатров (всесоюзное, республиканское, областное, городское — в городах с населением более 1 млн. человек) на добровольных началах объединяет психиатров, невропатологов и наркологов с целью содействия активному развитию науки и более полному применению ее достижений в практической деятельности врачей («Типовой устав всесоюзного научно-медицинского общества», утвержденный приказом МЗ СССР № 124 от 16 февраля 1977 г.; «Устав Республиканского научного медицинского общества невропатологов и психиатров МЗ УССР», утвержденный МЗ УССР 20 ноября 1979 г.). Руководит обществом президиум во главе с председателем. Члены общества подчиняются Уставу общества, платят членские взносы (1 раз в год), составляющие материальную базу общества. Всесоюзное и республиканские общества 1 раз в 4—5 лет созывают съезд, на котором обсуждаются наиболее актуальные научные проблемы и принимаются рекомендательные решения, направленные на дальнейшее развитие научных исследований и улучшение лечебно-профилактической деятельности органов здравоохранения. Между съездами 1—2 раза в год президиум общества проводит пленумы, на которых заслушиваются отчеты председателей областных и городских обществ и руководителей секций (неврологической, психиатрической, детской психоневрологии, наркологической и др.), утверждает планы работы общества и его секций, разрабатывает повестку для очередного съезда, обсуждает состояние и перспективы развития фундаментальных и прикладных исследований по профилю, оценивает и рекомендует к внедрению передовой опыт в области организационной и клинической психиатрии, психоневрологии и наркологии, выносятся на обсуждение и утверждение планы и программы проведения симпозиумов и конференций, выездных заседаний президиума и т. д.

Республиканский консультативный психиатрический центр («Временное положение о Республиканском психиатрическом консультативном центре», утвержденное приказом МЗ УССР № 845 от 29 декабря 1979 г.) создается на базе крупного лечебно-профилактического психиатрического учреждения (больницы и диспансера) для оказания высококвалифицированной консультативной помощи. Для этой цели привлекаются опытные врачи-психиатры больницы, сотрудники научно-исследовательских институтов психиатрии, кафедр психиатрии медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей.

Психиатрическая служба области обеспечивает население области всеми видами специализированной психиатрической помощи. При областном отделе здравоохранения создается психиатрический совет (И. В. Уманец, 1969), входящий в медицинский совет отдела здравоохранения. Совет возглавляет заместитель заведующего отделом здравоохранения; члены совета — областные специалисты: психиатр, психиатр-нарколог, детский психоневролог, психотерапевт, невропатолог, секеопатолог, а также главные врачи крупных психиатрических учреждений области. По согласованию с областным исполнительным комитетом народных депутатов к работе совета привлекаются представители других ведомств — отдела народного образования, социального обеспечения, управления внутренних дел, профсоюза медработников. Совет намечает перспективные планы развития психиатрической и наркологической служб области, анализирует

деятельность психиатрических учреждений, заслушивает отчеты главных специалистов о работе.

Областной психиатр назначается из числа наиболее опытных специалистов — главных врачей психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц или заведующих кафедрами психиатрии. В работе опирается на помощь организационно-методического отдела, создаваемого при областном психоневрологическом диспансере или диспансерном отделении областной психиатрической больницы.

Организационно-методический консультативный отдел — «Положение об организационно-методическом консультативном отделе психоневрологического диспансера (диспансерного отделения), утвержденное МЗ СССР 8 мая 1981 г. № 06—14/8, — обобщает информацию (отчеты по форме № 1 и отчет-вкладыш по форме № 9) о деятельности психиатрических учреждений области, анализирует их работу и разрабатывает конкретные предложения по улучшению психиатрической помощи городскому и сельскому населению области; оказывает помощь психиатрическим учреждениям в организации лечебно-профилактической, консультативно-диагностической, санитарно-просветительной работы, в проведении восстановительного лечения и реабилитации психически больных. Проводит мероприятия по повышению квалификации медицинского персонала, организует семинары и конференции врачей, на которых они могут ознакомиться с постановлениями, приказами и распоряжениями по общим и профильным вопросам медицины и здравоохранения, контролирует деятельность психиатрических учреждений, составляет сводные отчеты и справки о состоянии психиатрической службы области, представляет их в местные органы здравоохранения, в Республиканский информационно-вычислительный центр (РИВЦ), а также в научно-организационный отдел головного научно-исследовательского института и в Главное управление лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения республики.

Глава 2

СТАЦИОНАРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Стационарная психиатрическая помощь осуществляется психиатрическими (психоневрологическими) больницами, психиатрическими отделениями (палатами) в составе общесоматических (городских, районных) больниц («Правила устройства и эксплуатации психиатрических больниц», утвержденные МЗ СССР 15 апреля 1977 г., № 06—6/91; «Положение о психоневрологической больнице», утвержденное МЗ СССР 13 декабря 1955 г.), отделениями психоневрологических диспансеров. В зависимости от отдаленности больницы от областного центра, материальной базы, особенностей географических условий, численности и плотности населения, путей сообщения и т. п. определяется категоричность (мощность) психиатрической больницы (приказы МЗ СССР № 1000 от 23 октября 1978 г. и № 236 от 5 марта 1981 г. о номенклатуре учреждений здравоохранения). Наиболее оптимальным вариантом является больница на 600—800 коек. Около 40—60% коечного фонда больницы размещается в отделениях для обслуживания больных по территориальному принципу, 30—40% — в специализированных отделениях (соматогериатрических, детских,

подростковых, инфекционных, туберкулезных, наркологических, санаторного типа, для больных с пограничными состояниями, для инвалидов Великой Отечественной войны и Советской Армии психоневрологического профиля, экспертных — для проведения трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы; 10—20% — в реабилитационных отделениях (трудовой терапии и реабилитации в больнице, отделениях при промышленных предприятиях, совхозах и колхозах, специализированных отделениях для психически больных, утративших жилье и родственные связи) и в отделениях для больных с длительным течением заболевания и стойким психическим дефектом, не подлежащих реабилитации и переводу в Дома для инвалидов.

Психиатрические отделения рассчитываются на 70—105 коек, но не более чем на 140. В большинстве из них имеются отделения для мужчин и женщин, но могут быть и смешанные.

Психиатрические стационары обеспечиваются кадрами в соответствии с приказом МЗ СССР № 760 от 15 августа 1974 г. «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь психиатрических больниц, отделений, палат».

Психиатрические (психосоматические) отделения (палаты) общесоматических больниц (приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению») предназначены для госпитализации больных с соматическими заболеваниями при возникновении психических расстройств и необходимости психиатрического наблюдения, но при отсутствии противопоказаний в связи с соматическим заболеванием; если противопоказания имеются, психиатрическое отделение обеспечивает пост наблюдения и ухода за больным в соматическом отделении. Если соматическая больница, имеющая психиатрическое отделение, расположена вдали от психиатрической больницы, такое отделение выполняет функции психоприемника. В отделение направляются больные, нуждающиеся в неотложной психиатрической помощи, больные с впервые возникшим психотическим состоянием, с различными непсихотическими формами психических расстройств, требующими неотложной помощи; если больные нуждаются в более длительном лечении, после оказания неотложной помощи их переводят в психиатрическую больницу или психоневрологический диспансер. Порядок госпитализации в психиатрические отделения при соматических больницах и перевода больных разрабатывается и утверждается областным (городским) отделом здравоохранения с учетом местных условий.

Приемное отделение больницы (приемный покой) кроме приема больных, дает справки о поступивших в больницу, информирует об этом участковых психиатров (приложение 1) и клиническую лабораторию для оперативного проведения лабораторного исследования.

Психоприемник, организуемый в больших городах в психиатрической больнице или областном ПНД, предназначен для приема психически больных, не проживающих в данном городе, области (с невыясненным местом жительства), подобранных на улице или в учреждениях и представляющих общественную опасность, доставленных в больницу в связи с необходимостью неотложной госпитализации. По мере оказания неотложной помощи, проведения обследования и определения характера дальнейшей помощи больной может быть:

а) выписан самостоятельно или на попечение родственников; б) переведен в психиатрический стационар данной области; в) переведен в психиатрическое учреждение по месту жительства или сопровожден домой.

Клиническое (лечебно-диагностическое) отделение («Положение о клинической больнице», утвержденное приказом МЗ СССР № 811 от 6 ноября 1969 г.) организуется как база кафедры психиатрии медицинского института, института усовершенствования врачей или клинического отдела научно-исследовательского института психиатрии. Специалисты отделения обследуют и лечат больных (в основном первично поступающих в психиатрический стационар и в трудно диагностируемых случаях), разрабатывают и реализуют индивидуальную программу восстановительного лечения.

Общепсихиатрические территориальные отделения создаются в психиатрических больницах области для обслуживания населения прикрепленных к ним психиатрических участков (городских, сельских), а также при соматических больницах (областных, городских, районных) или психоневрологических диспансерах.

Специализированные (профильные) отделения:

Отделение для больных с пограничными состояниями (санаторного типа) открывается в областных (городских, межрайонных) психоневрологических диспансерах, областных (городских) соматических и психиатрических больницах. Может быть смешанным. Имеет психотерапевтический (с гипнотарием), физиотерапевтический, логопедический, сексологический кабинеты, а также палаты для больных с тяжелыми формами неврозов. Может выполнять функции областного (городского) лечебно-консультативного центра для больных с пограничными состояниями.

Соматическое отделение с палатой (блоком) интенсивной терапии организуется при крупной областной психиатрической больнице. Если психиатрическая больница находится вблизи соматической больницы, располагающей реанимационной службой, то психически больные госпитализируются (по показаниям) в реанимационное отделение этой больницы.

Судебно-психиатрическое отделение создается в крупной областной (городской) психиатрической больнице для проведения стационарной и амбулаторной психиатрической экспертизы («Положение об отделении судебно-психиатрической экспертизы при психоневрологической больнице», утвержденное МЗ СССР 10 июля 1954 г.).

Инфекционное отделение организуется при крупных психиатрических больницах, оборудуется боксами. В меньших больницах при соматических (сомато-гериатрических) отделениях оборудуются изоляторы для инфекционных больных, а при необходимости больные эвакуируются в инфекционное отделение одной из психиатрических больниц.

Отделение для инвалидов Отечественной войны (приказ МЗ СССР № 455 от 8 мая 1975 г. «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического и педперсонала, работников столовых и кухонь госпиталей для ИОВ») строит свою работу так же, как отделение для больных с пограничными состояниями (предоставление свободного выхода, охранительный и активизирующий режим). Отделение оборудовано кабинетами — физиотерапевтическим, лечебной физкультуры, трудо- и культуротерапии.

Специализированное отделение для психически больных, утративших жилье и родственные связи («Временное положение о спе-

специализированном отделении психиатрического (психоневрологического) учреждения для психически больных, утративших жилье и родственные связи», утвержденное приказом МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г.) организуется как в расположении психиатрического (психоневрологического) учреждения, так и в других помещениях вдали от лечебного учреждения (бывших сельских участковых больниц, в общежитиях промышленных предприятий, совхозах и т. п.) для больных, утративших родственные связи и постоянное место жительства, не нуждающихся в интенсивном лечении, способных, при минимальном медицинском наблюдении, себя обслуживать и работать в обычных производственных условиях, в том числе в данном психиатрическом учреждении или в специализированных цехах (участках), организованных при предприятиях для трудоустройства психически больных инвалидов.

Отделение для больных с глубоким слабоумием организуется в загородных психиатрических больницах; туда помещаются больные, которые не могут быть выписаны на попечительство или переведены в Дом для инвалидов психиатрического профиля министерства социального обеспечения.

Дифференцированные лечебные режимы (М. М. Кабанов, 1978), используемые в психиатрическом отделении, соответствуют различным этапам лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий: 1) охранительный (постельный режим с дифференцированным наблюдением в пределах палаты); 2) щадящий (самостоятельное передвижение в пределах отделения, дифференцированное наблюдение, самообслуживание, участие в труде и культурных мероприятиях); 3) активизирующий (привлечение к труду, самостоятельный выход из отделения — «режим открытых дверей», предоставление домашнего отпуска до 10 дней — «режим частичной госпитализации»).

План работы отделения (составляется ежегодно) намечает пути и методы совершенствования лечебно-диагностической работы, мероприятия по повышению качества и сокращению сроков обследования, внедрению новых методов лечения, программу реабилитации, формы и методы осуществления преемственности работы с внебольничным лечебно-профилактическим учреждением, мероприятия по учету эффективности лечения, мероприятия по повышению квалификации персонала, идейно-воспитательной, санитарно-просветительной и хозяйственной работы. План утверждается руководителем лечебного учреждения.

Распорядок дня отделения составляется с учетом профиля отделения и выполняемых им задач, утверждается руководителем лечебного учреждения. Предусматриваются: часы проведения врачебных обходов, лабораторных обследований, получение лечения, продолжительность ночного сна (не менее 8 ч), послеобеденный отдых (не менее 1 ч), время приема пищи, прогулок, свиданий с родственниками и друзьями, занятия трудом и культурные мероприятия; часы и продолжительность свиданий с родственниками, если этого требуют интересы больного, могут быть изменены индивидуально.

Распорядок и график работы медицинского персонала («Инструкция медицинским работникам психоневрологических больниц», утвержденная МЗ СССР 22 октября 1955 г.; «Правила устройства и эксплуатации психоневрологических и психиатрических больниц», утвержденные МЗ СССР 11 декабря 1959 г.) составляется на неделю;

обеспечивает своевременное обследование и лечение больных. Распорядок работы служб больницы (лабораторий, канцелярии, архива, аптеки, складов и т. п.) составляется с учетом распорядка работы клинических отделений и графика работы медицинского персонала.

График работы врача-ординатора предусматривает участие в докладе ночной смены о состоянии больных, обходы, работу с больными, их родственниками и другими посетителями, ведение медицинской документации, участие в работе ВКК, диагностических семинарах и консилиумах, больничных клинических конференциях, организационных совещаниях, в повышении квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

Госпитализация психически больных может проводиться: 1) на общих основаниях; 2) по неотложным показаниям; 3) для принудительного лечения.

Госпитализация больных на общих основаниях проводится по направлению участкового психиатра, а также врачом-психиатром психиатрической бригады скорой медицинской помощи; в отдельных случаях психически больных допускается госпитализировать по направлению врача любого профиля, но окончательное решение принимает дежурный врач-психиатр приемного отделения больницы. В направлении на госпитализацию (приложение 2) указываются: анамнестические данные, состояние больного, мотивы госпитализации, шифр диагноза или ведущий синдром, дата и время оформления документа, штамп лечебного учреждения, должность, фамилия врача и его разборчивая подпись. Больной может быть госпитализирован в психиатрическое отделение и без направления (доставленный родственниками или посторонними лицами из дома, с улицы, с работы и т. п.). В этих случаях дежурный врач приемного отделения при заполнении карты стационарного больного (история болезни) обосновывает необходимость госпитализации. Однако если врач не находит показаний для госпитализации (даже при наличии направления), он составляет мотивированное заключение-отказ, регистрирует его в журнале отказов и подает в рапорте руководителю лечебного учреждения или его заместителю. Об отказе извещается также учреждение, направившее пациента (приложение 1). В некоторых случаях вопрос о госпитализации решается ВКК. При повторной госпитализации больной направляется обычно в отделение, в котором он лечился ранее. О госпитализации за время дежурства персонал приемного отделения больницы извещает письмом или по телефону участковых психиатров по месту жительства госпитализированных (приложение 1).

Госпитализация в психиатрический стационар по неотложным показаниям допускается при явном обнаружении в психической деятельности тенденций, которые могут привести к действиям и поступкам, опасным для самого больного либо для окружающих («Инструкция по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность», утвержденная МЗ СССР № 06—14/43 от 26 августа 1971 г.).

В этих случаях врач-психиатр или врач любой специальности обязан принять меры к госпитализации больного в психиатрический стационар (в порядке неотложной психиатрической помощи). В случаях, когда опасные действия лица вызывают только предположение о наличии у него психического расстройства, но оно не является очевидным, такое лицо не подлежит неотложной госпитализации,

а задерживается
ленным уголовно-
отложной госпит
алкогольного опь
ного характера
циальным пове
аффективными
тивляется неотло
ет право прибеги
ный по неотложн
врачебно-консуль
ключение об обо
нейшего пребыва
фиксируется в
стационарного б
подлежит ежеме
ке больного реш

Госпитализа
Заполнение м
рия болезни (уче
точки) врачебны
риз (приложение
МЗ СССР (прика

В приемном
учетную форму М
подтверждающим
полняться средни
ча); при отсутств
ным показаниям
возможными путя
ра-пациента, указ
ших, обстоятельст
ным показаниям
(судебно-психиатр

Со слов больн
вается анамнез; е
го переосвидетел
ское и неврологич
о насильственном
об этом в местные
ния, делая отметк
повреждений указ
тое». Кроме того,
мотра) острой киш
ший синдром — вид
опасные действия
дикаментозные назн

При поступлен
день больной осмат
тота врачебных ос
ния больного. Вна
анамнестические д

* Составлено при

а задерживается милицией и освидетельствуется в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством. Не подлежат неотложной госпитализации лица, находящиеся в состоянии простого алкогольного опьянения (любой тяжести) или иного интоксикационного характера, а также лица с психическими аномалиями и антисоциальным поведением (психопатологическими формами поведения, аффективными и невротическими реакциями). Если больной сопротивляется неотложной госпитализации, пытается скрыться, врач имеет право прибегнуть к помощи милиции. Больной, госпитализированный по неотложным показаниям, в течение суток освидетельствуется врачебно-консультационной комиссией (ВКК), которая выносит заключение об обоснованности госпитализации и необходимости дальнейшего пребывания в психиатрическом стационаре. Заключение ВКК фиксируется в листе отметок (приложение 3), медицинской карте стационарного больного (истории болезни); в последующем больной подлежит ежемесячному переосвидетельствованию. Вопрос о выписке больного решается консилиумом врачей.

Госпитализация для принудительного лечения — (см. главу 6).

Заполнение медицинской карты стационарного больного *: история болезни (учетная форма № 003у), лист наблюдений, лист (карточки) врачебных назначений, лист отметок (приложение 3), эпикриз (приложение 4) в соответствии с инструктивными указаниями МЗ СССР (приказ № 55 от 23 января 1968 г.).

В приемном покое врач, при наличии показаний, заполняет учетную форму № 003/у, знакомится с направлением и документами, подтверждающими личность больного (титульный лист может заполняться средним медперсоналом под контролем дежурного врача); при отсутствии таковых в случае госпитализации по неотложным показаниям принимает меры к получению сведений другими возможными путями; вносит в историю болезни результаты осмотра пациента, указывает дату и час поступления, имена сопровождавших, обстоятельства поступления. При госпитализации по неотложным показаниям проставляется соответствующий пункт инструкции (судебно-психиатрическая экспертиза, принудительное лечение).

Со слов больного, родственников или сопровождавших записывается анамнез; если пациент инвалид, указывается дата очередного переосвидетельствования. Описывается психическое, соматическое и неврологическое состояние. Если возникает предположение о насильственном нанесении телесных повреждений, врач сообщает об этом в местные органы внутренних дел и в отдел здравоохранения, делая отметку об этом в истории болезни. При отсутствии повреждений указывает: «телесных повреждений нет», «тело чистое». Кроме того, делается отметка об отсутствии (по данным осмотра) острой кишечной инфекции. В диагнозе указывается ведущий синдром — вид режима наблюдения со ссылкой на возможные опасные действия со стороны больного, номер лечебного стола, медикаментозные назначения.

При поступлении в отделение в тот же или на следующий день больной осматривается лечащим врачом. Периодичность и частота врачебных осмотров определяются в зависимости от состояния больного. Вначале записывается дата и час осмотра, затем анамнестические данные в хронологической последовательности

* Составлено при участии С. П. Гарницкого

и проводившаяся терапия, в конце — синдромологический и нозологический диагнозы (в сложных случаях — со знаком вопроса), режим наблюдения, номер лечебного стола, план обследования (лабораторные исследования, консультации) и лечения. Одновременно вносятся отметки в лист наблюдения, заполняется лист врачебных назначений. Клинический диагноз заносится в историю болезни не позднее чем через 10 дней со дня поступления пациента и в соответствии с действующей статистической классификацией психических болезней. При записи окончательного диагноза в дневнике должны содержаться подтверждающие диагноз клинические проявления болезни. При этом свое суждение врач выражает в форме структурного, развернутого диагноза, из которого видны особенности заболевания у данного пациента; на титульном листе истории болезни проставляется шифр заболевания по статистической классификации и дата установления диагноза. Установление клинического диагноза в более поздние сроки допускается лишь в случае диагностических затруднений, о чем делается запись. Если диагноз поставлен впервые, заполняется учетная форма № 089/у, которая пересылается участковому врачу-психиатру или наркологу для взятия пациента на учет (в случае смерти указанная форма направляется для снятия с учета). В истории болезни ведется дневник — в первые 5 дней ежедневно (при интенсивной терапии с указанием часов и минут), затем не реже двух раз в неделю. При затяжном течении заболевания, а также при отсутствии изменений в психическом состоянии и в ходе лечения дневник заполняется не реже 3 раз в месяц. Указываются изменения в режиме наблюдения, виде и методике лечения. Обосновываются назначения различных исследований и консультаций специалистов. Если больной находится в психиатрическом стационаре длительное время, один раз в год заполняется этапный эпикриз; при переводе в другое отделение или лечебное учреждение составляется переводной эпикриз с указанием цели перевода и показаний. При окончательном оформлении в историю болезни вносятся все заключения консультантов, ВКК, копии запросов, извещений, оригиналов ответов на запросы и переписки с лицами, учреждениями, организациями по поводу больного, корешки квитанций денежных переводов, поступавших на его имя и т. п., заключительный диагноз, составляется эпикриз на бланке в 3 экземплярах, который в форме извещения направляется участковому психиатру и вклеивается в амбулаторную карту.

Выписка больного из психиатрического стационара осуществляется лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением; о предстоящей выписке извещается участковый психиатр (приложение 4). Больной может быть выписан самостоятельно либо на попечение родственников или опекуна. О переводе больного в другое лечебное учреждение ставятся в известность родственники или опекуны, а о переводе больного, находящегося на судебно-психиатрической экспертизе или принудительном лечении, — следственные или судебные органы. Перевод больного в лечебное учреждение по месту жительства осуществляется на основании подтверждающего место жительства документа (паспорта, удостоверения личности). При отсутствии такового о месте жительства больного запрашиваются районные отделения милиции, сельсовет. Перевод в лечебное учреждение по месту жительства родственников по их просьбе или по просьбе больного осуществляется после согласования с местным ор-

ганом здравоохранения
перевозе в лечебное у
кулярное письмо МЗ
выписке больного во
соответствующая за
закрывать, а рекомендо
хнату для продления
полняется статистиче
(наркологического) ст

Лист отметок (пр
ному листу истории б
ступления в психиатри
менты и ценности, пе
ние ВКК, отпуска до
ка по поводу больн
Первые 15 граф лист
покое больницы, остал
Лист наблюдений
страдами особенностей
температуры тела, пу
сна, санитарной обра
пищи. Листы наблюде
врачебных назначений
болезни.

Лечебный отпуск
пуск до 10 дней. При
тельство обеспечить не
чебных назначений и
на дом.

Лист (карточка) п
стью истории болезни
тий. Назначения и изм
занием наименования,
выполнения процедуры
медсестры. На первой с
ного, № истории болез
№ отделения, палаты,
наблюдение, кормление
и т. п.), назначения, вы
инъекции, особенности
ваются назначения врач
мые ответственной и пр
сового лечения, включая
дятся больным 6 раз в
(в 10.00), до обеда (в
(в 18.00), после ужина
Для четкого выпол
рительно раскладывать
В карточке делается о
медсестры и доза принят
сестрой в тетради требов
шей медсестре, заведую
отказе больного от прие

ганом здравоохранения или министерством здравоохранения — при переводе в лечебное учреждение другой союзной республики («Циркулярное письмо МЗ СССР» № 04—14/7 от 15 января 1957 г.). При выписке больного вопреки совету врача в истории болезни делается соответствующая запись. Больничный листок при выписке можно не закрывать, а рекомендовать больному обратиться к участковому психиатру для продления или закрытия его. При выписке больного заполняется статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара (учетная форма № 066—1/у).

Лист отметок (приложение 3) является дополнением к титульному листу истории болезни. В нем указывается: основание для поступления в психиатрическую больницу, кем поставлен диагноз, документы и ценности, пенсионное и патронажное обеспечение, заключение ВКК, отпуска домой за время пребывания в больнице, переписка по поводу больного, информация для участкового психиатра. Первые 15 граф листа заполняются дежурным врачом в приемном покое больницы, остальные — лечащим врачом.

Лист наблюдений предназначен для описания медицинскими сестрами особенностей поведения больного, а также для регистрации температуры тела, пульса, артериального давления, длительности сна, санитарной обработки, физиологических отправок, приема пищи. Листы наблюдений хранятся в папках вместе с карточками врачебных назначений; использованный лист вклеивается в историю болезни.

Лечебный отпуск. При показаниях больным предоставляется отпуск до 10 дней. При этом родственники дают письменное обязательство обеспечить необходимый уход за больным, выполнение врачебных назначений и получают у дежурной медсестры лекарство на дом.

Лист (карточка) врачебных назначений является составной частью истории болезни, в которой ведется учет лечебных мероприятий. Назначения и изменения в них вносятся лечащим врачом с указанием наименования, дозы, времени приема больным лекарства или выполнения процедуры. Отметки о выполнении назначений делает медсестра. На первой странице карточки указывается: Ф. И. О. больного, № истории болезни, дата поступления и заполнения карточки, № отделения, палаты, фамилия лечащего врача. Отдельно заполняются графы: «Одноразовые назначения», условия режима (надзор, наблюдение, кормление с помощью медсестры, свободный выход и т. п.), назначения, выполняемые дежурными (палатными) сестрами, инъекции, особенности ухода и пр. На обороте карточки записываются назначения врача и манипуляционные процедуры, выполняемые ответственной и процедурной медсестрами. Лекарства для курсового лечения, включая психотропные препараты, раздаются и вводятся больным 6 раз в сутки: до завтрака (в 8.00), после завтрака (в 10.00), до обеда (в 14.00), после обеда (в 16.00), до ужина (в 18.00), после ужина (в 20.00).

Для четкого выполнения назначений лекарства можно предварительно раскладывать в 6 индивидуальных ячеек на весь день. В карточке делается отметка о выполнении назначения: подпись медсестры и доза принятого лекарства. Последняя выписывается медсестрой в тетради требований на медикаменты и докладывается старшей медсестре, заведующему отделением и лечащему врачу. При отказе больного от приема лекарства делается запись «отк.». Листы

(карточки) врачебных назначений хранятся в отдельных для каждой палаты папках. По заполнении всех граф (использовании всей карточки) медицинские сестры подсчитывают количество принятого лекарства и открывают новый лист карточки, в который записывают, сколько дней больной принимал лекарство, высшую суточную дозу и суммарное количество принятого лекарства, например: «аминазин — 0,025 г, 0,25 г», после чего использованный лист карточки подклеивается к истории болезни.

Анализ деятельности психиатрического стационара проводится при составлении отчета (учетная форма № 1, утвержденная ЦСУ СССР 17 июня 1971 г.) и отчетов-вкладышей № 9 («О контингентах психически больных») и № 11 («Об оказании медицинской помощи инвалидам Отечественной войны»). На основании обработки статистических карт выбывшего из психиатрического стационара (Методические указания «Анализ деятельности отдельных учреждений здравоохранения», Киев, 1973, учебное пособие «Статистика здравоохранения», 1979 г., инструкция «Расчет и анализ показателей стационарной помощи населению», утвержденная МЗ УССР 1 февраля 1980 г.). В каждом отделении ведется листок учета движения больных и коечного фонда стационара (учетная форма 007/у).

Основные показатели деятельности психиатрического стационара.
Показатель обеспеченности населения области (республики) психиатрическими койками:

$$\frac{\text{фактическое количество развернутых психиатрических коек} \times 1000}{\text{численность обслуживаемого населения}}$$

Среднее число дней работы койки в году:

$$\frac{\text{количество проведенных больными в стационаре койко-дней за год}}{\text{число среднегодовых коек}}$$

Выполнение плана койко-дней:

$$\frac{\text{количество койко-дней, проведенных больными в стационаре за год} \times 100}{\text{план койко-дней по стационару}}$$

Оборот койки:

$$\frac{\text{количество прошедших больных}}{\text{среднегодовое число коек}}$$

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре:

$$\frac{\text{количество койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{количество выбывших больных (выписанных + умерших)}}$$

Средняя длительность пребывания больного на койке:

$$\frac{\text{количество койко-дней, проведенных в отделении всеми больными в отчетном году}}{\text{количество больных, состоящих на начало отчетного года, + количество больных, поступивших в отделение в течение года, — количество больных, поступивших (переведенных) из других психиатрических отделений (учреждений) и поступивших повторно в течение года}}$$

Удельный вес впервые госпитализированных больных из числа взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом данной нозологической формы:

количество больн
количество больн
Средняя дл
количество койк
количе
Больничная
коли
количе

В каждом
дополнительные
пертная оценка
устанавливать с
качество провод
Например, можн
ния больных и
им эффективность
Охват больн
сультациями спе

количество больн
количество бол
Охват больн
видами лечения:

количество вып
количес
Охват больн
пней:

количество вып
количество в
Удельный вес
количество вып
количество всех

Анализ показ
логического) стац
боты учреждения,
(И. С. Случанко, Г

Глава 3
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ
Психиатрический
дня работы психи
ниды», МЗ УССР

количество больных, впервые поступивших в стационар с определенной нозологической формой, $\times 100$
количество больных, впервые выявленных с данной нозологической формой

Средняя длительность лечения больного в стационаре:
количество койко-дней, проведенных больными, выписанными с определенным диагнозом

количество больных, выписанных с данным диагнозом

Больничная летальность:

количество больных, умерших в стационаре, $\times 100$
количество выживших больных (выписанных + умерших)

В каждом стационаре (с учетом его профиля) используются дополнительные показатели работы и периодически проводится экспертная оценка лечебно-диагностического процесса, что позволяет устанавливать своевременность и полноту обследования больных, качество проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. Например, можно определить, в какой степени проводятся обследования больных и применяются различные методы лечения с учетом их эффективности.

Охват больных определенными методами обследования и консультациями специалистов:

количество больных, которым применялись данные методы обследования (консультировались специалистами) $\times 100$

количество больных, которым показаны данные методы обследования

Охват больных определенной нозологической формой различными видами лечения:

количество выписанных больных (шизофренией и т. п.), получивших инсулиношоковую терапию, $\times 100$

количество выписанных больных (шизофренией и т. п.)

Охват больных определенной нозологической формой трудотерапией:

количество выписанных больных определенной нозологической формой, охваченных трудовой терапией, $\times 100$

количество выписанных больных данной нозологической формой

Удельный вес выписанных больных с выздоровлением:

количество выписанных больных определенной нозологической формой с заключением выздоровление $\times 100$

количество всех выписанных больных данной нозологической формой

Анализ показателей деятельности психиатрического (психоневрологического) стационара указывает на положительные стороны работы учреждения, а также помогает вскрыть недостатки в работе (И. С. Случанко, Г. Ф. Церковный, 1976).

Глава 3

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Психиатрический кабинет (Методические рекомендации «Организация работы психиатрического кабинета центральной районной больницы», МЗ УССР 4 февраля 1974 г.) организует помощь больным

на основе диспансерного метода, работает по принципу участковости. Психиатрические участки города включают несколько терапевтических участков, а в сельских районах охватывают весь район. Кабинет комплектуется врачами — участковыми психиатрами, средним и младшим медицинским персоналом; штаты рассчитываются в соответствии с количеством обслуживаемого населения (приказ МЗ СССР № 440 от 2 июля 1970 г. «О штатных нормативах медицинских, педагогического персонала и работников кухонь психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов»; приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению»). В зависимости от местных условий кабинет организуется при поликлинике центральной районной или городской больницы. Несколько психиатрических кабинетов могут объединяться с детскими и подростковыми психиатрическими кабинетами, образуя диспансерное отделение, которое может функционировать при соматической или психиатрической больнице или как самостоятельный психоневрологический диспансер.

Психоневрологический диспансер (районный, межрайонный, городской) — основная форма внебольничной психиатрической службы («Методические указания по организации работы психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов», утвержденные МЗ СССР № 10—8/18 от 11 апреля 1975 г.) Включает поликлиническое отделение, одно или несколько стационарных отделений, дневной и ночной стационар (ночной профилакторий), лечебно-трудовые (производственные) мастерские (ЛТМ). В диспансере работает врачебно-консультационная комиссия (ВКК), кабинеты психогигиены, психопрофилактики и социальной помощи больным. Межрайонный или городской диспансер организует филиалы — кабинеты при общих поликлиниках для оказания консультативной и лечебно-диагностической помощи.

Участковый психиатр является организатором психиатрической службы на участке, ему подчиняются медицинские сестры, сестры социальной помощи и другой медицинский персонал. Для организации работы на участке составляет: а) план работы на год, б) график работы на неделю, в) паспорт участка (приложение 5).

План работы психиатрического кабинета (поликлиники, диспансерного отделения, диспансера) согласовывается с областным психиатром и утверждается руководителем учреждения. В нем предусматриваются мероприятия, направленные на совершенствование: а) организационно-методической работы (документация, анализ структуры заболеваемости по каждому участку, совместная работа с участковыми терапевтами и работниками других ведомств, участие в медицинских советах района (города) с обсуждением вопросов психиатрической помощи населению, ознакомление работников общегородской медицинской сети с приказами и методическими материалами по психиатрии); б) лечебно-диагностической работы (плановое посещение поликлиник, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, медсанчастей, стационаров для оказания консультативной и неотложной помощи, ранняя диагностика, внедрение новых методов профилактики и лечения нервно-психических заболеваний с ведением учета, контроля и отчетности, связь с психиатрическими стационарами); в) деловой квалификации персонала (курсы, декадниги, семи-

нары, занятия со сред
специальной литературы
циях с демонстрацией
ных предприятий и ра
инвалидам Великой Оте
циально-правовой помо
комах народных депута
ской и санитарно-просв

Ежеквартально про
коррекция с уточнением

График работы пси

том местных условий

участка, количество бо

клиник, амбулаторий,

ется с оргметодотдело

ческого диспансера и у

Возможные вариан

нета: а) в городах — в

неотложной психиатри

ям в стационарах, выз

бинете, остальное вре

консультативному при

но-правовой помощи,

служебной переписке;

выделяется для планов

ницы, ФАП, дома-инте

вой половине рабочего

ческом стационаре и о

во второй половине ра

делю) и выполнение

Нормы нагрузки участ

приеме (4 больных за

вов для помощи больн

местных консультаций

1 ч) регламентируются

1960 г.

Паспорт психиатри

ции участковому психи

ляет собой журнал с

дений, характеристикой

личество больных, состо

ственно опасных больны

ваниями, структура по

ежеквартально изменяе

ности в работе, своеврем

временном отсутствии у

в комиссиях, учеба на

паспорт участка позво

с организацией лечеб

печатать высокой уров

является опытом НОТ

ской ССР, и вопрос о

ными органами здрав

нары, занятия со средним медицинским персоналом, реферирование специальной литературы, участие в научно-практических конференциях с демонстрацией больных); г) помощи работникам промышленных предприятий и рабочим ведущих профессий сельского хозяйства, инвалидам Великой Отечественной войны, детям и подросткам; д) социально-правовой помощи больным (связь с комиссиями при исполкомах народных депутатов по трудоустройству); е) психогигиенической и санитарно-просветительной работы.

Ежеквартально проводится проверка выполнения плана и его коррекция с уточнением сроков.

График работы психиатрического кабинета составляется с учетом местных условий (радиус обслуживания, численность населения участка, количество больных, состоящих на учете, количество поликлиник, амбулаторий, сельских врачебных участков), согласовывается с оргметодотделом областного (городского) психоневрологического диспансера и утверждается главным врачом учреждения.

Возможные варианты графика работы психиатрического кабинета: а) в городах — в две смены; первые 1—2 ч работы отводятся неотложной психиатрической помощи — ургентным консультациям в стационарах, вызовам на дом, 3—4 ч — приему больных в кабинете, остальное время — плановым посещениям больных на дому, консультативному приему в прикрепленных поликлиниках, социально-правовой помощи, работе с картотекой, составлению отчета и служебной переписке; б) в сельских районах — один день в неделю выделяется для плановых (по графику) выездов в участковые больницы, ФАП, дома-интернаты; при двухсменном обслуживании в первой половине рабочего дня (с 9.00 до 12.00) — работа в психиатрическом стационаре и оказание неотложной психиатрической помощи, во второй половине рабочего дня — прием больных (2—3 дня в неделю) и выполнение остальных видов работы (также 2—3 дня). Нормы нагрузки участковых врачей-психиатров при амбулаторном приеме (4 больных за 1 ч) и нормы времени на выполнение вызовов для помощи больным на дому (на 1 больного 45 мин) или совместных консультаций врачей у постели больного (на 1 больного 1 ч) регламентируются Приказом МЗ СССР № 321 от 20 июля 1960 г.

Паспорт психиатрического участка. («Методические рекомендации участковому психиатру», Донецк, 1974; приложение 5) представляет собой журнал с адресами лечебно-профилактических учреждений, характеристикой и основными показателями участка (количество больных, состоящих на учете, заболеваемость, адреса общественно опасных больных, инвалидов в связи с психическими заболеваниями, структура по формам болезни и т. п.). Паспорт участка, ежеквартально изменяемый и дополняемый, способствует оперативности в работе, своевременному составлению справок и отчетов. При временном отсутствии участкового врача-психиатра (отпуск, работа в комиссиях, учеба на курсах, болезнь, переход на другую работу) паспорт участка позволяет новому врачу оперативно ознакомиться с организацией лечебно-профилактической работы на участке и обеспечить высокий уровень обслуживания больных. Ведение паспорта является опытом НОТ психоневрологических учреждений Украинской ССР, и вопрос о целесообразности этой формы решается местными органами здравоохранения.

Лечебно-диагностическая работа участкового врача-психиатра включает своевременное выявление и диагностику нервно-психических заболеваний на своем участке, учет больных, оказание лечебной и социально-профилактической помощи (амбулаторное лечение), направление по показаниям в стационар, правовую, социально-бытовую, патронажную помощь, трудоустройство.

Диагностическая работа проводится в психиатрическом кабинете поликлиники (диспансера) во время амбулаторного приема и консультаций в других поликлиниках, амбулаториях и стационарах (независимо от их ведомственного подчинения), при профосмотрах, обследованиях в комиссиях, посещениях на дому и производстве и т. д.

Врач любой специальности при первичном выявлении психического заболевания составляет извещение (форма № 089) и в трехдневный срок пересылает его в психиатрический кабинет (ПНД, психоневрологическое диспансерное отделение) по месту жительства больного. Участковый психиатр, получивший извещение, не более чем в двухнедельный срок обследует пациента, вызвав его на прием или посетив на дому, уточняет диагноз и, при подтверждении его, заполняет медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у), где записываются результаты обследования, указывается диагноз, назначения, рекомендуемые мероприятия. В поликлинике заполняется статистический талон (учетная форма № 025—2/у), на котором ставится знак «+». Если больной лечился ранее в психиатрическом учреждении или обращался по поводу нервно-психического заболевания к другим врачам, (а в данном году в поликлинику (диспансер) обратился впервые — статистический талон (учетная форма № 025—2/у), заполняется без знака «+»). Одновременно заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030—1/у). По мере получения результатов обследования, объективных данных, сведений со слов родственников, выписка из истории болезни уточняется диагноз и указывается дата очередного осмотра. Одновременно в учетной форме № 030—1/у делается пометка карандашом о дате очередного осмотра. О каждом посещении больного делается запись, фиксирующая проводимое лечение и оказываемую социальную помощь. Не реже одного раза в год в медицинской карте составляется этапный эпикриз. Медицинские карты хранятся в регистратуре поликлиники. Медицинская документация (извещения или копии заключений о состоянии больного, выписки из карты больного психиатрического стационара, в том числе архивная) хранится в психиатрическом кабинете в отдельном шкафу («Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан», утвержденная приказом МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г.).

Лечебная работа участкового врача-психиатра опирается на диагностическое заключение (диагностическая формула, острота и тяжесть психического расстройства, решение об экстренности оказания психиатрической помощи, степень и особенности надзора и ухода за больными). В экстренных случаях, особенно при угрозе общественно опасных действий больных, участковый врач-психиатр лично руководит госпитализацией, привлекает для этого персонал психиатрического кабинета, психиатрическую бригаду скорой помощи и, при необходимости, милицию.

Условия успешной лечебной работы участкового врача-психиатра: а) преемственность лечебной тактики врачей психиатрического и соматического стационаров (врачей-консультантов различных специальностей), обеспечивающая комплексность лечения; б) поддержание психотерапевтической и деонтологической атмосферы в процессе амбулаторно-диспансерного наблюдения и лечения; в) тесная связь лечебных и социально-оздоровительных мероприятий.

Диспансерный учет больных предусматривает активное динамическое наблюдение за ними. Для организации систематического наблюдения установлен единый метод диспансерного динамического учета. На больных, постоянно проживающих в районе психиатрического участка и состоящих на учете в психиатрическом кабинете поликлиники или ПНД, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030—1/у).

Больные, находящиеся на лечении в психиатрических и других лечебных учреждениях, специализированных яслях и садах, вспомогательных школах-интернатах, лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП), состоят на учете по месту жительства их или родных и опекунов, а находящиеся в домах для инвалидов — по району расположения последних. Участковые врачи-психиатры обследуют, консультируют и получают необходимую информацию об этих контингентах больных не реже 1 раза в год.

Отдельно в журнале участковый врач-психиатр отмечает больных с нерезко выраженными отклонениями в психической деятельности, нуждающихся в дополнительном обследовании. После уточнения диагноза эти больные либо берутся на учет, либо направляются к специалистам в соответствии с основным заболеванием.

При выздоровлении или стойком улучшении состояния (независимо от установленного диагноза), а также при выезде из района обслуживания больной снимается с учета. Медицинская карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения снятого с учета больного передаются в архив лечебно-профилактического учреждения, где они хранятся: первая в течение 25 лет; вторая в течение 5 лет. На снятых с диспансерного учета больных заполняется учетная форма № 032—2/у.

Контрольные карты находящихся на учете больных хранятся в картотеке. Принято несколько вариантов их классификации: по нозологическим группам, в алфавитном порядке, по группам учета, типу течения заболевания, виду принимаемого лечения. Опыт психоневрологических учреждений Украинской ССР показал, что целесообразно распределение контрольных карт по месяцам и дням в зависимости от сроков очередного осмотра больных. Методика позволяет врачу планировать работу на неделю, месяц, год, учитывать время профотпуска врача, работу в призывных комиссиях, учебу на курсах усовершенствования, выезды в здравпункты, участковые больницы и т. п. Это существенно сокращает затраты времени на работу с картотекой и облегчает проведение контрольных проверок. Всех больных с учетными формами № 030—1/у целесообразно разделять на две основные и несколько вспомогательных и специальных групп (А. Е. Видренко, 1976). Первая основная группа — постоянного активного наблюдения — включает подгруппы: а) больные, выписанные из стационаров, но еще не осмотренные врачом (ячейка картотеки под названием «выписаны из больницы»); б) больные, нужда-

ющиеся в постоянном наблюдении в связи со склонностью к антисоциальному поведению и находившиеся ранее на принудительном лечении (ячейка картотеки под названием «активный учет»); в) больные, нуждающиеся в обследовании медсестры социальной помощи, или не явившиеся на прием в назначенное время, а также в связи с поступившим запросом, заявлением, необходимостью оказания социальной помощи (ячейка картотеки под названием «патронажное обследование»); г) больные, находящиеся на больничном листке (ячейка картотеки под названием «больничный листок»).

Ежедневно участковый врач-психиатр проверяет контрольные карты постоянного активного наблюдения и соответственно результатам проверки организует свою работу и работу медицинской сестры социальной помощи.

Вторая основная группа — планомерного динамического наблюдения — объединяет 80—90% всех состоящих на учете больных и включает подгруппы: а) больные с последствиями перенесенных психозов и недостаточной социальной компенсацией; б) больные с нерезко выраженными психическими нарушениями, неврозами, олигофренией; в) больные с подострыми состояниями и длительно болеющие со склонностью к частым обострениям; г) больные, находящиеся на поддерживающем лечении; д) больные, ранее перенесшие психозы, с умеренно выраженными резидуальными явлениями и без них.

В зависимости от состояния больного, необходимости наблюдения и обследования, лечения и социальной помощи учетные карты распределяются по месяцам и дням работы психиатра в текущем месяце. С этой целью картотека делится на 12 ячеек (по месяцам), и 20 ячеек (на дни месяца — по 4 ячейки) на дни приема в каждую неделю (например, понедельник, вторник, четверг, пятница). Один день в неделю (например, среда) отводится на выезды в участковые больницы, здравпункты и т. д. Эта часть картотеки снабжена таблицей-календарем рабочих дней психиатрического кабинета на каждый месяц текущего и будущего года. Это позволяет врачу назначать точную дату очередного посещения больного в течение года. На ячейках, предназначенных для карт осмотра больных в здравпунктах, ФАП и участковых больницах, указываются наименования этих учреждений.

В начале каждого месяца врач или медицинская сестра извлекает все отложенные контрольные карты из ячейки данного месяца и распределяет их по дням приема в соответствии с указанной в карте датой. В ячейки рабочих дней данного месяца помещаются также контрольные карты больных, нуждающихся в частом наблюдении. В конце рабочего дня врач устанавливает, кто из больных не явился на прием. Карты этих больных переносятся в первую основную группу — в ячейку «патронажного обследования». Распределенные таким образом контрольные карты (по месяцам в течение года и дням в течение месяца) позволяют врачу рационально планировать свою работу, избегая перегрузки или недогрузки рабочего времени.

Вспомогательные группы учета подразделяются также на две группы; первую группу составляют больные, находящиеся на стационарном лечении: в психиатрической больнице, в психоневрологическом диспансере, в соматических стационарах, в домах-интернатах

для инвалидов
вторую — больные
ляется соответст
Специальны
ставленных ор
логического дис
инной группы бо
с нервно-психиче
провести оздоров
работу военно-в
к военной служб
Кроме распр
но дополнитель
по количеству на
хиатра и детей
районный психиа
маркируются одн
маркироваться
больных, которы
Возможны н
на группы и подг
номерного динам
получающих под
новную группу
водится отдельна
основной группы
больных, находя
к антисоциальным
(шестую) подгруп
Периодичност
ется в зависимост
ческие указания
пансеров, диспанс
СССР 11 апреля
ных, выписанных
больничном листке
из психиатрическо
мости коррекции л
16—30 дней для б
тиобщественным п
тельно текущим за
1 раз в 7—12 мес
в данный момент
но-профилактическ
Бесплатное об
амбулаторном лече
от 17 февраля 196
и эпилепсией»; «К
платного лечения
№ 02—15/10; цир
июня 1967 г. «О
при бюджете на
мендации по сове

для инвалидов и умственно отсталых детей, школах-интернатах; вторую — больные, снятые с учета (для каждой подгруппы выделяется соответствующая ячейка в картотеке).

Специальные группы учета выделяются в зависимости от поставленных оргметодотделом областного (городского) психоневрологического диспансера задач или тематической обработки той или иной группы больных. Например, выделяется группа призывников с нервно-психическими расстройствами, что позволяет своевременно провести оздоровительные мероприятия, уточнить диагноз, облегчить работу военно-врачебной комиссии (ВВК) при определении годности к военной службе.

Кроме распределения по группам учета контрольные карты можно дополнительно маркировать. Например, если в данной местности по количеству населения не предусмотрена должность детского психиатра и детей с нервно-психическими расстройствами обслуживает районный психиатр, контрольные карты детей, состоящих на учете, маркируются одним цветом, а подростков — другим; аналогично могут маркироваться карты инвалидов Великой Отечественной войны, больных, которым бесплатно отпускаются лекарства, и т. д.

Возможны некоторые модификации классифицирования больных на группы и подгруппы учета. Так, из второй основной группы (планового динамического наблюдения) можно выделить больных, получающих поддерживающее лечение, и перевести их в первую основную группу (постоянного активного наблюдения); для этого отводится отдельная ячейка в картотеке. В первой подгруппе первой основной группы можно провести маркировку контрольных карт больных, находившихся на принудительном лечении или склонных к антисоциальным действиям, или выделить их в дополнительную (шестую) подгруппу.

Периодичность наблюдения (освидетельствования) устанавливается в зависимости от психического состояния больного («Методические указания по организации работы психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов», утвержденные МЗ СССР 11 апреля 1975 г. № 10—8/18): 1 раз в 3—5 дней для больных, выписанных из психиатрического стационара и находящихся на больничном листке; 1 раз в 6—15 дней для больных, выписанных из психиатрического или соматического стационара, при необходимости коррекции лечения и реабилитационных мероприятий; 1 раз в 16—30 дней для больных с частыми обострениями и склонных к антисоциальным поступкам; 1 раз в 2—3 мес для больных с длительно текущим заболеванием и неполной социальной компенсацией; 1 раз в 7—12 мес для остальных больных, состоящих на учете, но в данный момент не нуждающихся в лечении и активных социально-профилактических мероприятиях.

Бесплатное обеспечение медикаментами психически больных при амбулаторном лечении (приложение 6) (приказ МЗ СССР № 24/3—69 от 17 февраля 1965 г. «О бесплатном лечении больных шизофренией и эпилепсией»; «Инструкция о порядке организации и учета бесплатного лечения», утвержденная МЗ СССР 9 августа 1965 г., № 02—15/10; циркулярное письмо МЗ РСФСР № 32—3/358 от 21 июня 1967 г. «О правильности использования средств, выделяемых при бюджете на приобретение медикаментов»; «Методические рекомендации по совершенствованию организации лекарственного обес-

печения больных шизофренией и эпилепсией при лечении их в амбулаторных условиях», утвержденные МЗ СССР 31 октября 1977, № 21—17/5 122; циркулярное письмо МЗ СССР от 26 января 1981 г. «О бесплатном отпуске медикаментов психически больным») предполагает бесплатную выдачу лекарств через аптеку, аптечный киоск поликлиники или медицинскую сестру психиатрического кабинета, которая назначается приказом по лечебно-профилактическому учреждению, получает под отчет из аптеки медикаменты, выдает их больным или родственникам, ведет учет (поступление лекарств и их расход). Когда больные получают лекарства из аптек, рецепты оформляются в соответствии с приказом МЗ СССР № 1230 от 27 декабря 1976 г.

Социально-профилактическая работа участкового психиатра проводится совместно с медицинскими сестрами социальной помощи, врачами лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ), патронажными медицинскими сестрами и другими медработниками и включает: 1) установление контакта с семьей больного, общественными организациями и администрацией учреждения, в котором он работает или обучается, исполкомами советов народных депутатов (районным, городским, областным), ЖЭКом. При этом необходимо соблюдать врачебную тайну, принципы деонтологии («Присяга советского врача», утвержденная Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364—VIII от 26 марта 1971 г.; «Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан», утвержденная приказом МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г.); 2) оказание помощи по трудоустройству и улучшению условий труда, создание благоприятной психологической обстановки в производственном окружении больного; 3) разработку (совместно с врачом стационара) и реализацию индивидуальной реабилитационной программы; 4) оформление патронажа и опеки (попечительства), постоянный контроль за уходом и содержанием больных опекунами и лицами, ответственными за патронирование; 5) санитарно-просветительную работу среди населения участка по вопросам охраны психического здоровья.

Учетная документация участкового врача-психиатра («Перечень форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», утвержденный приказом МЗ СССР № 1030 от 4 октября 1980 г.; методические рекомендации «Организация работы психиатрического кабинета центральной районной больницы», утвержденные МЗ УССР 4 февраля 1974 г.), кроме указанной на с. 19—20, включает: 1) дневник по форме № 039/у, заполняющийся ежедневно в конце рабочего дня и отражающий итоги работы и контроля за лечебной нагрузкой; 2) книгу регистрации листков по временной утрате трудоспособности; ведется медицинской сестрой психиатрического кабинета, старшей медицинской сестрой или регистратором поликлиники (диспансера); 3) книга регистрации больных, направляемых на стационарное лечение, а также подлежащих плановой госпитализации; 4) алфавитная книга больных, состоящих на учете (Ф. И. О., год рождения, домашний адрес, дата взятия на учет, дата снятия с учета); 5) журнал регистрации больных, взятых на учет в текущем году (Ф. И. О., год рождения, номер, статистической учетной формы № 030/у, отметка об отправке отрывного талона в оргметодотдел); 6) список призывников, направленных на лечение райвоен-

коматами соглас
среднего медицин
8) тетрадь учета
цинской сестры
дования) (пр
тительной работ
получаемых и с
больного, 11) ж
страции рецепто
га регистрации
14) журнал вхо
медикаментов. в
лидам I и II гру

Бланки и та
лон записи на пр
варительной зап
ческий талон (у
истории болезни
форма № 027/у)
ложение 7,9); 6
№ 108/у).

Анализ раб
телям его деят
ежеквартально
№ 9 («Методи
ческой помощи
1978 г.).

Основные п
поставляются с
также со средне
Полученные дан
Основные п
Среднее кол
теля:

количес
Среднее колл
учете больными:

колич
Показатель с
строй на одного

Нагрузка вр

фактическое
Распростране
ления);

число
сре

коматами согласно лечебной карты призывника; 7) дневник работы среднего медицинского персонала (учетная форма № 0397—1/у); 8) тетрадь учета работы на дому, участковой (патронажной) медицинской сестры (учетная форма № 116/у с оформлением акта обследования) (приложение 7); 9) журнал проведения санитарно-просветительной работы (учетная форма № 038—0/у); 10) книга учета получаемых и сданных в архив медицинских карт амбулаторного больного, 11) журнал учета манипуляций (009/у, 12) журнал регистрации рецептов на лекарственные вещества группы А и Б; 13) книга регистрации вызовов врача на дом (учетная форма № 031/у); 14) журнал входящей и исходящей документации; 15) книга учета медикаментов, выданных больным шизофренией, эпилепсией и инвалидам I и II группы по психическому заболеванию (приложение 13).

Бланки и талоны психиатрического кабинета (диспансера): 1) талон записи на прием (учетная форма № 025—у/т); 2) карточка предварительной записи на прием (учетная форма № 040/у); 3) статистический талон (учетная форма № 025—2/у); 4) бланки выписки из истории болезни амбулаторного и стационарного больного (учетная форма № 027/у); 5) бланк акта патронажного обследования (приложение 7,9); 6) рецептурные бланки (учетная форма № 107/у и № 108/у).

Анализ работы психиатрического кабинета по основным показателям его деятельности проводится участковым врачом-психиатром ежеквартально в соответствии с отчетной формой № 1 и вкладывшем № 9 («Методика оценки состояния внебольничной психоневрологической помощи населению», утвержденная МЗ РСФСР 29 сентября 1978 г.).

Основные показатели работы кабинета за отчетный период сопоставляются с аналогичными показателями предыдущих лет, а также со среднеобластными (городскими) и среднереспубликанскими. Полученные данные заносятся в паспорт психиатрического участка.

Основные показатели деятельности психиатрического кабинета.
Среднее количество посещений врача-психиатра на одного жителя:

$$\frac{\text{количество всех посещений врача (учетная форма № 039/у)}}{\text{средняя численность населения}}$$

Среднее количество посещений врача-психиатра состоящими на учете больными:

$$\frac{\text{количество посещений (учетная форма № 039/у)}}{\text{количество больных, состоящих на диспансерном учете к концу года}}$$

Показатель обслуживаемости больных на дому медицинской сестрой на одного учтенного больного:

$$\frac{\text{количество посещений медсестрой на дому}}{\text{количество состоящих на учете больных}}$$

Нагрузка врача-психиатра на 1 ч приема в поликлинике:

$$\frac{\text{количество посещений}}{\text{фактическое количество часов, затраченных на амбулаторный прием}}$$

Распространенность психических заболеваний (на 10000 населения):

$$\frac{\text{число зарегистрированных заболеваний в году} \times 10000}{\text{среднегодовая численность населения участка}}$$

Распространенность психотических форм заболеваний (на 10000 населения):

$$\frac{\text{число зарегистрированных психотических форм} \times 10000}{\text{среднегодовая численность населения участка}}$$

Уровень заболеваемости:

$$\frac{\text{общее число вновь зарегистрированных заболеваний} \times 10000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Структура состава больных, состоящих на учете:

$$\frac{\text{абсолютное количество больных с определенной психопатологической формой} \times 10000}{\text{общее количество состоящих на учете}}$$

Областной (городской) психоневрологический диспансер (диспансерное отделение областной психиатрической больницы) осуществляет консультативную психиатрическую помощь населению области. В диспансере функционируют специализированные кабинеты — психиатрический, эпилептологический, медико-генетический, геронтологический, детский, сексологический, психотерапевтический и т. п.; работают врачебно-консультационная комиссия, амбулаторная судебно-психиатрическая комиссия и организационно-методический отдел. В организационно-методическом отделе ведется алфавитная карта течения больных, находившихся и находящихся в данное время на учете у участковых психиатров области, обрабатываются учетные формы № 030—1/у и № 030—2/у, отчеты № 1 с вкладышами № 9 психиатрических учреждений области.

В областных центрах, численность населения которых не превышает 500 000, в штат диспансера входят и участковые психиатры для обслуживания населения города.

Психотерапевтическая помощь населению осуществляется психотерапевтическими кабинетами психоневрологических диспансеров и поликлиник общемедицинской сети («Временное положение о психотерапевтическом кабинете поликлиники», утвержденное приказом МЗ СССР № 791 от 2 сентября 1975 г.), которые организуются в городских или районных поликлиниках и обеспечиваются штатами (врач-психиатр, психотерапевт и медицинская сестра) в пределах штатных нормативов для поликлиник (приказ МЗ СССР № 791 от 2 сентября 1975 г. и приказ МЗ УССР от 23 октября 1975 г. «О мероприятиях по улучшению психотерапевтической помощи населению»). Психотерапевтический кабинет подчиняется главному врачу поликлиники; организационно-методическое руководство осуществляется главным психиатром.

Психотерапевтический кабинет поликлиники обслуживает больных неврозами, больных с соматическими, расстройствами преимущественно психогенной этиологии, с преходящими ситуационными расстройствами, и с неклассифицированными специфическими синдромами, направляемых врачами поликлиники. При выраженных болезненных проявлениях (формирование невротического развития, признаки стойких психических расстройств), затяжном течении заболевания или неэффективности лечения больные направляются в психоневрологический диспансер, где обследуются, получают лечение, при необходимости берутся на учет (учетная форма № 030-1/у).

Психотерапевтический кабинет персонала
гигиены, психогигиены и
диагностический от
димости направляет
В кабинете веде
дидуальная карта
форма № 025/у), а
наблюдения (учетная
Логопедическая
ется логопедическим
поликлиник общемед
казы МЗ СССР № 3
№ 900 от 26 сентяб
ностях логопедов д
ческой помощи», «П
лых», утвержденное

Глава 4

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ

Основные принципы
там. Своеобразие тр
атрической помощи д
возраста, тесно связа
рией, имеет объектом
в процессе непрерывн
При организации пси
тывается: 1) первост
кой помощи; 2) возр
мероприятий, включая
кую коррекцию, логоп
димость тесного соче
чая специальное) во
атрической помощи; 4
с педиатрической слу
атрической помощи д
тересованных ведомст
го обеспечения, трудо
В основу деятель
ний положено: а) ока
ально-профилактическо
мощи; в) активный ди
принцип обслуживания
Одним из основны
ляется комплексный
лечения детей с псих
обязательное участие
мости педиатром, нев
педа), психолога и м
социальной психологи

Психотерапевтический кабинет, кроме лечения, следит за соблюдением персоналом поликлиники принципов медицинской деонтологии, психогигиены и психопрофилактики, проводит консультативно-диагностический отбор больных для лечения в кабинете, при необходимости направляет их на лечение к участковому психиатру.

В кабинете ведется дневник врача (учетная форма 039/у), индивидуальная карта амбулаторного лечения больного (учетная форма № 025/у), а также общая контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у).

Логопедическая (амбулаторная) помощь населению осуществляется логопедическими кабинетами психоневрологических диспансеров, поликлиник общемедицинской сети, детских поликлиник и т. п. (приказы МЗ СССР № 340 от 30 апреля 1968, № 440 от 2 июля 1979 г., № 900 от 26 сентября 1978 г., № 754 от 24 июля 1979 г., «О должностях логопедов для оказания населению амбулаторной логопедической помощи», «Положение о логопедическом кабинете для взрослых», утвержденное МЗ СССР 13 апреля 1957 г.).

Глава 4

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Основные принципы организации психиатрической помощи детям. Своеобразие требований, предъявляемых к организации психиатрической помощи детям, объясняется тем, что психиатрия детского возраста, тесно связанная как с общей психиатрией, так и с педиатрией, имеет объектом исследования больного ребенка, находящегося в процессе непрерывного и неравномерного развития и созревания. При организации психиатрической помощи детям и подросткам учитывается: 1) первостепенное значение внебольничной психиатрической помощи; 2) возрастающее значение лечебно-восстановительных мероприятий, включая воспитание, обучение, лечебно-профилактическую коррекцию, логопедию, развитие трудовых навыков; 3) необходимость тесного сочетания лечения и воспитания с обучением (включая специальное) во всех звеньях и на всех этапах оказания психиатрической помощи; 4) постоянная и тесная организационная связь с педиатрической службой; 5) многоведомственный характер психиатрической помощи детям с координацией деятельности всех заинтересованных ведомств — здравоохранения, просвещения, социального обеспечения, трудовых резервов.

В основу деятельности детских психоневрологических учреждений положено: а) оказание не только лечебной, но и широкой социально-профилактической помощи; б) ступенчатость построения помощи; в) активный динамический учет и наблюдение; г) участковый принцип обслуживания.

Одним из основных организационно-методических принципов является комплексный (бригадный) метод обследования, воспитания и лечения детей с психическими нарушениями, предусматривающий обязательное участие, наряду с детским психиатром (при необходимости педиатром, невропатологом), педагога-дефектолога (или логопеда), психолога и медицинской сестры, компетентной в вопросах социальной психологии и психиатрии.

Внештатный областной (городской) детский психиатр: 1) организационно объединяет детских психиатров области (города) и ЦРБ (в сельской местности); 2) совместно с ними планирует работу психиатрической помощи в области (городе) и районах; 3) совместно с областным (городским) детским невропатологом осуществляет методическое руководство психоневрологической помощью детям в области (городе); 4) ведет консультативную и организационно-методическую работу в детских психиатрических кабинетах и психоневрологических учреждениях области (города) один день в неделю, выделяемый по согласованию с руководством местных органов здравоохранения; 5) возглавляет медико-педагогическую и отборочную комиссии; 6) дает консультации по отбору детей в школы — вспомогательные, санаторного типа, с дифференцированным режимом, а также по профориентации и трудоустройству; 7) участвует в работе комиссий по делам несовершеннолетних при областных (городских) исполнительных комитетах народных депутатов; 8) ежегодно анализирует состояние психиатрической помощи детям и подросткам в области (городе), составляет справку и намечает план мероприятий по ее улучшению; 9) составляет план повышения квалификации врачей, оказывающих психоневрологическую помощь детям и подросткам в области (городе), и контролирует его выполнение.

Внебольничные учреждения детской психиатрической помощи в системе министерства здравоохранения: 1) психоневрологический диспансер для детей и подростков, 2) специализированные кабинеты для детей и подростков, 3) детско-подростковый кабинет при психоневрологическом диспансере (врач-психиатр, медицинская сестра, логопед); 4) вспомогательные учреждения детско-подросткового психоневрологического кабинета или детского психоневрологического диспансера: а) дневной, ночной, логопедический полустационар или санаторий, б) подростковые группы в лечебно-трудовых мастерских; 5) психоневрологический кабинет в детской поликлинике (врач-психиатр, логопед, медицинская сестра); 6) специализированные учреждения: а) ясли, ясли-сад для детей с пограничными нервно-психическими нарушениями, б) ясли, дом ребенка, ясли-сад для детей с резидуальными явлениями органического поражения ЦНС, умственной отсталостью и другими психическими нарушениями, в) ясли для детей в возрасте до 3 лет с расстройствами речи (заикание различного генеза, а также с задержкой речевого развития на резидуально-органическом фоне).

В системе министерства просвещения: 1) санаторные школы-интернаты для детей с психоневрологическими заболеваниями; 2) санаторные детские сады для детей с пограничными нервно-психическими нарушениями; 3) вспомогательные школы и школы-интернаты для умственно отсталых детей; 4) специализированные школы-интернаты для детей с тяжелыми нарушениями речи (приказ МЗ СССР № 8 от 11 января 1977 года «О введении в действие типового положения о специальной школе-интернате для детей с тяжелыми нарушениями речи»); 5) детские сады для умственно отсталых детей; 6) детские сады для детей с заиканием и алалией и группы для них в массовых детских садах; 7) школы-интернаты с особым режимом для детей с нарушением поведения; 8) другие специализированные учреждения; а) детские сады для умственно отсталых детей; б) логопедические кабинеты при общеобразовательных школах; в) детские дома; 9) школы-интернаты для детей с церебральными параличами.

В системе мин
ма для детей с фи
2) детские дома
3) детские дома
лостью.

В системе ВП
приятных; 2) дом
санатории; 4) при
б) для нервных и

Стационарные
системе министерс
латы при психоне
кие отделения для
больницах; 3) от
при детских сома
серах и психиатр
учреждения: а) д
отделения при пс
психиатрических
болевания; 5) дет
с функциональны
с церебральными
поражениями ЦН
ного пребывания
кой степени.

Детский пси
ном в системе
помощи детям
(Приказ МЗ СССР
хоневрологическо
вает связь с общ
ленных впервые
к детскому псих
нике. Кабинет об
В поликлинике д
педиатром, детск
тей. В городах и
хоневрологически
оказывают психи

Психоневрол
ционирует в кру
ских кабинетов
мощи детям. Осущ
работой участков
помощь, способст
трудников детски
ский совет, в сос
лифицированные
мотрены специа
патологии, помо
эпилепсии, псих
мощи. В работе
циальностей, в

В системе министерства социального обеспечения: 1) детские дома для детей с физическим дефектом и церебральными параличами; 2) детские дома для умственно отсталых детей (средней тяжести); 3) детские дома для детей с резкой и глубокой умственной отсталостью.

В системе ВЦСПС: 1) профилактории на промышленных предприятиях; 2) дома отдыха для подростков; 3) специализированные санатории; 4) пионерские лагеря: а) для детей с нарушениями речи, б) для нервных и ослабленных детей.

Стационарные учреждения детской психиатрической помощи в системе министерства здравоохранения: 1) детские отделения и палаты при психоневрологических диспансерах; 2) психоневрологические отделения для детей младшего возраста (до 4 лет) при детских больницах; 3) отделения и палаты для детей с нарушениями речи при детских соматических больницах, психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах; 4) другие специализированные учреждения: а) детские психоневрологические больницы, б) детские отделения при психиатрических больницах, в) детские отделения при психиатрических больницах для больных с затяжным течением заболевания; 5) детские психоневрологические санатории: а) для детей с функциональными расстройствами нервной системы, б) для детей с церебральными параличами, в) группы для детей с органическими поражениями ЦНС при домах ребенка, г) санатории для длительного пребывания детей с осложненными формами олигофрении легкой степени.

Детский психоневрологический кабинет является первичным звеном в системе организации внебольничной психоневрологической помощи детям и оказывает основную психиатрическую помощь (Приказ МЗ СССР № 440 от 2. 07. 1970 г.); находится в составе психоневрологического диспансера или в детской поликлинике, обеспечивает связь с общей педиатрической службой. Осмотр детей, направленных впервые врачами других специальностей на консультацию к детскому психиатру, целесообразно проводить в детской поликлинике. Кабинет обслуживает одну или несколько детских поликлиник. В поликлинике детский психиатр поддерживает связь с участковым педиатром, детским невропатологом и врачами других специальностей. В городах и сельской местности, где отсутствуют детские психоневрологические кабинеты, психоневрологическую помощь детям оказывают психиатры ЦРБ.

Психоневрологический диспансер для детей и подростков функционирует в крупных городах с широкой сетью психоневрологических кабинетов и является центром оказания психиатрической помощи детям. Осуществляет организационно-методическое руководство работой участковых детских психиатров, оказывает консультативную помощь, способствует повышению психиатрической квалификации сотрудников детских учреждений. При диспансере имеется методический совет, в состав которого входят главный врач и наиболее квалифицированные врачи диспансера. В структуре диспансера предусмотрены специализированные кабинеты: подростковый, речевой патологии, помощи умственно отсталым детям младшего возраста, эпилепсии, психотерапевтической, неврологической, санаторной помощи. В работе кабинетов принимают участие врачи смежных специальностей, в первую очередь педиатры, детские невропатологи,

окулисты, а также врачи кабинетов электрофизиологии, функциональной диагностики и др.

Подростковый кабинет диспансера работает в контакте с психиатрами районных подростковых кабинетов, с терапевтами подростковых кабинетов поликлиник, врачами медсанчастей предприятий, с городским подростковым терапевтом и городским управлением трудовых резервов, принимает участие в военной и трудовой экспертизе.

Кабинет речевой патологии консультирует детей и подростков с нарушениями речи, способствует организации учреждений для таких детей в системе внебольничной и больничной помощи. Врачи и логопеды дают консультации и проводят организационно-методическую работу в районных внебольничных учреждениях, принимают участие в работе методического объединения логопедов.

Кабинет патологии раннего детства разрешает организационно-методические вопросы в дошкольных учреждениях, яслях, яслях-садах для детей с органическим поражением ЦНС, Домах ребенка, санаториях для детей со спастическими нарушениями, принимает участие в комплектовании специальных дошкольных учреждений.

Медико-генетический кабинет, входящий в состав психоневрологического диспансера, оказывает помощь участковым психиатрам в вопросах диагностики и лечения наследственных заболеваний нервной системы, а в семьях, отягощенных такими заболеваниями, прогнозирует потомство (приказ МЗ СССР № 1120 от 31 октября 1979 г. «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению профилактики, диагностики и лечения наследственных болезней»).

Экспертная и судебно-психиатрическая комиссия несовершеннолетних организуется в диспансерном отделении; кроме проведения экспертизы, консультирует детей и подростков с нарушениями поведения с целью своевременного выявления среди них психопатологических отклонений.

Дневной полустационар для детей и подростков и ночной полустационар для подростков оказывают необходимую лечебно-профилактическую помощь без отрыва детей от семьи и школы, проводят трудовую экспертизу подростков с ограниченной работоспособностью. Полустационары при психоневрологических диспансерах могут работать в две смены; это дает возможность находиться в них школьникам, обучающимся в разные смены, а также учащимся училищ и техникумов.

Детский психоневрологический санаторий предназначен для детей с пограничными формами психических заболеваний в стадии нестойкой компенсации (неврозы, невротические формы реактивных состояний, стойкие астенические, церебрастенические и неврозоподобные состояния различной этиологии, невротическое развитие). Противопоказания к направлению: олигофрения, психопатия и выраженные формы психопатоподобного поведения, судорожные припадки, эпилепсия, психические заболевания в стадии декомпенсации. Срок пребывания в санатории 3 мес; при необходимости его продлевают. Отбор больных для направления в санаторий осуществляется комиссией при городском психоневрологическом диспансере по направлению районных детских психиатров. При пограничной интеллектуальной недостаточности оцениваются интеллектуальные возможности ребенка и даются рекомендации по его обучению, включая логопедическую помощь. Критерии эффективности санаторного лечения: улуч-

шение общего и
способности и ус
лечения». Метод
Санаторные
ми заболеваниями
литехнической об
№ 110 от 14 июля
торно-лесных шко
нат находится на
отделом обеспечив
и лечебно-оздоров
школу администр
рами. В школу за
медико-педагогиче
ществляется по у
тивно-методическ
ной школы с учет
ности детей. В к
более 25 учеников

Медицинские
интернат: 1) невр
2) астенические,
различной этиоло
леваный в стадии
ческого формиро
без выраженных
ти, страдающие
санаторные лесны
череп). Противо
заболевания в ст
тия, патологичес
ствами поведения
ские и процессуал
припадки и их эк
ных форм в стади
Школы компл
сию направляет
ческую характери
психиатр путем и
детьми, определяе
дает педагогичес
проводится после
и педагогом; псих
вие сочетается с м
льтурой; устанав
можно только с со
рольными письмен
ориентация.

Участковый д
ра, отделения, каб
тической психиат
Приказ МЗ СССР
должность участко

шение общего и нервно-психического состояния, повышение работоспособности и успеваемости («Критерии эффективности санаторного лечения». Методическое письмо МЗ СССР от 10 сентября 1965 г.).

Санаторные школы-интернаты для детей с психоневрологическими заболеваниями организуются по типу восьмилетней трудовой политехнической общеобразовательной школы (приказ МП СССР № 110 от 14 июля 1977 года «Об утверждении номенклатуры санаторно-лесных школ и санаторных школ-интернатов»). Школа-интернат находится на бюджете облоно, который совместно с облздравотделом обеспечивает контроль за состоянием учебно-воспитательной и лечебно-оздоровительной работы в школе, подбирает и комплекзует школу административными, педагогическими и медицинскими кадрами. В школу зачисляются дети на основании решений областной медико-педагогической комиссии. Учебно-воспитательная работа осуществляется по учебным планам, программам, учебникам и инструктивно-методическим разработкам МП СССР для общеобразовательной школы с учетом состояния здоровья и индивидуальных особенностей детей. В классе и воспитательной группе должно быть не более 25 учеников.

Медицинские показания для направления в санаторную школу-интернат: 1) невроты и невротические формы реактивных состояний; 2) астенические, церебрастенические и неврозоподобные состояния различной этиологии; 3) неврозоподобные формы психических заболеваний в стадии компенсации; 4) начальные проявления патологического формирования личности и патологических черт характера без выраженных расстройств поведения и социальной адаптации (дети, страдающие травматической церебрастенией, направляются в санаторные лесные школы не ранее чем через 6 мес после травм черепа). Противопоказания (кроме общих): 1) перечисленные выше заболевания в стадии декомпенсации; 2) олигофрения; 3) психопатия, патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации; 4) резидуально-органические и процессуальные психопатоподобные состояния; 5) судорожные припадки и их эквиваленты; 6) шизофрения, кроме ее неврозоподобных форм в стадии компенсации.

Школы комплектуются на учебный год. На отборочную комиссию направляет психиатр, при этом дети должны иметь педагогическую характеристику и выписку из амбулаторной карты. Врач-психиатр путем индивидуальных бесед знакомится с поступившими детьми, определяет особенности их психического состояния и передает педагогическому коллективу. Лечебно-педагогическая работа проводится после совместного изучения ребенка врачом-психиатром и педагогом; психотерапевтическое, лечебно-педагогическое воздействие сочетается с медикаментозным, физиотерапией и лечебной физкультурой; устанавливается санаторный режим, изменить который можно только с согласия врача-психиатра. Экзамены заменены контрольными письменными работами. В ходе обучения проводится профориентация.

Участковый детский психиатр (психоневрологического диспансера, отделения, кабинета) является организатором лечебно-профилактической психиатрической помощи детям на территории участка. Приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. предусматривает должность участкового врача-психиатра в размере одной ставки на

20 000 детского населения, исключая детей, обслуживаемых ведомственными учреждениями; на одного участкового подросткового врача-психиатра — до 20 000 подросткового населения; в сельской местности — на одного участкового врача-психиатра до 50 000 человек населения, но не менее одного участкового врача-психиатра на сельский район. При шестичасовом рабочем дне 4 ч отводится приему и 2 ч — работе на участке. Участковый детский психиатр обязан:

- 1) осуществлять лечебно-профилактические, психогигиенические и социальные мероприятия, направленные на обеспечение нормального нервно-психического развития детей и подростков;
- 2) обеспечить выявление больных и их учет;
- 3) осуществлять диспансерное наблюдение;
- 4) разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий;
- 5) провести медицинское обследование нервно-психического здоровья детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения и детей шестилетнего возраста за 1 год до их поступления в школу, подростков, направляемых райвоенкоматами, поступающих в ремесленные, технические училища и техникумы, а также устраивающихся на работу; при необходимости организовать дополнительные оздоровительные мероприятия;
- 6) посещать детей на дому по вызову, а также в соответствии со сроками диспансерного наблюдения; консультировать в детских лечебно-профилактических учреждениях, расположенных на участке;
- 7) обеспечивать госпитализацию детей с представлением выписки из истории болезни с указанием вида лечения, проводившегося до госпитализации;
- 8) активно наблюдать за состоянием и лечением детей, выписанных из стационара;
- 9) принимать участие в комиссии для отбора детей в специализированные учреждения (Дома ребенка, вспомогательные школы, санатории и т. д.);
- 10) при необходимости выдавать больничные листки лицам, обеспечивающим уход за больными детьми на дому;
- 11) осуществлять социально-бытовую и патронажную помощь;
- 12) при наличии на учете детей и подростков с заболеваниями, предусмотренными «Перечнем медицинских показаний, дающих право на получение пособия на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет», а также при первичном их выявлении представлять больного на ВКК, а при ее отсутствии — главному врачу лечебно-профилактического учреждения или зам. главного врача по медицинской части, и, на основании решения комиссии, подготовить медицинское заключение по установленной форме (приказ МЗ СССР № 1265 от 14 декабря 1979 г. «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет»);
- 13) поддерживать постоянную связь с участковым психиатром, детским невропатологом, врачами школ, яслей, садов, здравпунктов технических училищ, промышленных предприятий и медсанчастей с целью систематического профилактического наблюдения за детьми и подростками участка;
- 14) систематически проводить санитарно-просветительную работу с родителями и лицами, ответственными за уход и воспитание;
- 15) участвовать в трудоустройстве больных-инвалидов детства (совместно с органами социального обеспечения);
- 16) вести медицинскую документацию;
- 17) ежеквартально анализировать заболеваемость на участке и свою работу в целом; представлять отчет и отчет-вкладыш № 9;
- 18) на основании анализа годового отчета составлять план работы на следующий год.

Диспансеризация детей с психическими нарушениями проводится совместно с участковым педиатром. При взятии на диспансерный

учет оформляется на диспансерного наблюдения, указываются сроки карты осуществления. В плане диспансерных мероприятий частота осмотров, частота осмотра года, составка заболевания, эффективность — выходящая оценка — проводится с учетом проведения диспансеризации на ребенка оставляют на диспансеризации на Особого внимания.

помощи детям в возрастной, черепную родовую, обращения, гемолитические, должны находиться психиатра. Это предусмотрено рекомендациями «Перечня компетенции детского уч-пансера (диспансерного) лого поликлиники, в классификацией болезней (Москва, 1977).

Больные с психической инфекцией, травматической, дегенеративных заболеваний, диагноза психического и невропатолога, необходимости направления диспансерного наблюдения, дополнительные критерии эффективности, ставлена в методические рекомендации детского населения, френцией, психопатическим, эпилепсией, кабинет ПНД. При развитии и невроза (лет) дети снимаются с наблюдения. Дети старше 14 лет, психоневрологический эпикриз с данными о лечении).

Подростковый диспансер (кроме кабинета). В подростковом трудовом устройстве, скими отклонениями 1) работает в кон-школьными врачами

учет оформляется история развития ребенка и контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030-1/у), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров. С помощью карты осуществляется учет и контроль за диспансерными больными. В плане диспансеризации предусматриваются лечебные и оздоровительные мероприятия на текущий год, периодичность врачебных осмотров, частота консультаций специалистами. По окончании календарного года составляется эпикриз, в котором отражается динамика заболевания, эффективность лечебных мероприятий и дается общая оценка — выздоровление, улучшение, без перемен. Снятие ребенка с учета проводится при участии участкового педиатра. Если ребенка оставляют на диспансерном учете, составляется план диспансеризации на следующий год.

Особого внимания требует организация психоневрологической помощи детям в возрасте до 4 лет. Дети этого возраста, перенесшие черепную родовую травму, асфиксию, нарушение мозгового кровообращения, гемолитическую болезнь новорожденных, нейроинфекцию, должны находиться под наблюдением педиатра, невропатолога и психиатра. Это предусматривается инструктивно-методическими рекомендациями «Перечень болезней и состояний, относящихся к компетенции детского участкового психиатра психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) и детского невропатолога поликлиники, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 8-го пересмотра» (Москва, 1977).

Больные с психическими нарушениями вследствие внутричерепной инфекции, травмы головного мозга, эпилепсии, наследственных дегенеративных заболеваний ЦНС на протяжении 2 лет после установления диагноза подлежат одновременному наблюдению психиатром и невропатологом. По истечении этого срока больных при необходимости направляют на консультацию к невропатологу. Схема диспансерного наблюдения с указанием частоты осмотров специалистами, дополнительных методов обследования, путей оздоровления, критериев эффективности диспансеризации и снятия с учета представлена в методических рекомендациях «Проведение диспансеризации детского населения» (Москва, 1974). Дети, страдающие шизофренией, психопатическими формами поведения, умственной отсталостью, эпилепсией, наблюдаются до передачи в подростковый кабинет ПНД. При доброкачественном течении эпилепсии (отсутствии припадков не менее 3 лет), а также при задержках психического развития и неврозах (отсутствии симптомов и жалоб в течение 3 лет) дети снимаются с учета.

Дети старше 14 лет находятся под наблюдением врача территориального подросткового кабинета или участкового психиатра районного психоневрологического диспансера (амбулаторная карта, этапный эпикриз с датами и местами стационарного лечения, сведениями о лечении).

Подростковый психиатр находится в штате психоневрологического диспансера (кроме детского психиатра), работает в подростковом кабинете. В подростковом кабинете даются консультации по вопросам трудоустройства и профориентации больных с нервно-психическими отклонениями в возрасте 14—17 лет. Подростковый психиатр: 1) работает в контакте с терапевтом подросткового кабинета и школьными врачами; 2) организует и направляет работу по оказа-

нию психоневрологической помощи подросткам района; 3) изучает условия обучения и работы подростков, особенности отдельных профессий. Функции подросткового кабинета: 1) отбор в учебно-производственные учреждения; 2) диспансеризация старших школьников; 3) санитарно-просветительная работа в учебно-производственных учреждениях и на производстве; 4) трудоустройство подростков с ограниченной работоспособностью и инвалидов с детства; 5) лечебно-коррекционная работа.

Медико-педагогическая комиссия организуется при областном (городском) отделе народного образования (облоно, гороно) в составе: председателя — представителя облоно, заместителя председателя — представителя областного (городского) отдела здравоохранения (ОЗО, ГЗО), представителя отдела социального обеспечения, членов комиссии — детского психиатра, отоларинголога офтальмолога, психолога, педагога-дефектолога, дефектолога дошкольного учреждения, логопеда. Персональный состав комиссии утверждается облоно и облздравотделом (гороно, горздравотделом). Комиссия работает по графику, принимая не более 10 человек в день. На комиссии должны присутствовать родители обследуемого ребенка. Личное дело ребенка, протокол и заключение комиссии с рекомендациями по обучению и лечению передаются в школу, в которую направляется ребенок. Медико-педагогическая комиссия осуществляет отбор детей с недостатками умственного и физического развития в школы-интернаты и специализированные дошкольные учреждения системы просвещения согласно инструкциям по приему в эти учреждения. На комиссию направляются дети, не успевающие по программе массовой школы, для решения вопроса о возможности обучения в такой школе, а также учащиеся вспомогательных школ, не усваивающие программу вспомогательной школы для решения вопроса о возможности их обучения вообще. Медико-педагогическая комиссия направляет детей в лечебно-профилактические учреждения системы министерства здравоохранения, а также учреждения социального обеспечения, если дети по состоянию своего физического или психического здоровья не подлежат обучению в школе и дошкольном учреждении общего типа; решает вопрос о переводе детей из учреждения одного типа в другой, консультирует родителей и педагогов по вопросам лечения, воспитания и обучения детей с нерезко выраженными отклонениями в развитии, но подлежащих направлению в профилированные школы и дошкольные учреждения.

Перечень документов, представляемых в медико-педагогическую комиссию: 1) педагогическая характеристика, содержащая данные о продолжительности обучения в школе, успеваемости и поведении, мероприятиях, проводившихся для повышения успеваемости; 2) письменные работы (для школьников); 3) выписка из истории развития (заверяется главным врачом поликлиники) с заключением педиатра (общее состояние ребенка), психоневролога (диагноз и характеристика умственного развития), отоларинголога (характеристика слуха и артикуляции), офтальмолога, ортопеда (при патологии опорно-двигательного аппарата); 4) свидетельство о рождении.

Инструктивно-методические материалы, которыми руководствуется медико-педагогическая комиссия: 1) «Положение о республиканских и областных медико-педагогических комиссиях и инструкции по приему в специальные школы для детей с недостатками физиче-

ского и умственно
1974 г.; 2) «Инст
учреждения спец
щения СССР»,
Специализир

ражением ЦНС.
Дети старше 4
дошкольный дето
ждения социобес

Вспомогательн
развития. В тако

образовательной

меньшее количес

начиная с 12 л

обучения в школ

дающие олигофр

в раннем возра

снижением интел

френией без пси

больные эпилепс

теллект. Согласн

в штаты психон

находятся школ

(вспомогательны

для обеспечения

Дети в возр

ются в специали

педические детс

в школьном воз

лизованную ш

ются в специали

Глава 5

НАРКОЛОГИЧЕС

Наркологическая

кологической сл

медицинскими у

предупреждению

ные добровольны

вые профилакти

общественными

исполкомах нар

Общество Красн

ние», ЖЭКи; пр

рах по дальнейш

ма»; приказ МЗ

дополнительных

мом»; приказ М

мерах по усиле

МЗ СССР и М

2*

ского и умственного развития» МП СССР № 102-М от 21 сентября 1974 г.; 2) «Инструкция по приему аномальных детей в дошкольные учреждения специального назначения системы Министерства просвещения СССР», 1977 г.

Специализированный Дом ребенка для детей с органическим поражением ЦНС. Направляются дети в возрасте от 1 года до 4 лет. Дети старше 4 лет могут быть переведены в специализированный дошкольный детский дом, специализированный детский сад, в учреждения соцобеспечения или вернуться в семью.

Вспомогательная школа оказывает помощь детям с аномалиями развития. В такой школе предусматриваются больший, чем в общеобразовательной школе, срок прохождения учебного материала, меньшее количество учеников в классе (до 16), трудовое обучение, начиная с 12 лет, по показаниям — логопедические занятия. Срок обучения в школе — 8 лет. Основную группу составляют дети, страдающие олигофренией в степени дебильности, а также перенесшие в раннем возрасте различные органические заболевания ЦНС со снижением интеллекта. В школу направляются дети, больные шизофренией без психотических симптомов или с дефектным состоянием; больные эпилепсией с редкими припадками, у которых снижен интеллект. Согласно Приказу МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. в штаты психоневрологических диспансеров, на территории которых находятся школы-интернаты для детей с умственной отсталостью (вспомогательные), вводится 0,5 должности детского врача-психиатра для обеспечения воспитанников психоневрологической помощью.

Дети в возрасте до 3 лет с речевыми расстройствами направляются в специализированные ясли, в возрасте от 3 до 7 лет — в логопедические детские сады или группы при массовых детских садах, в школьном возрасте в случае тяжелых нарушений речи — в профилированную школу-интернат. Дети со снижением слуха направляются в специализированные ясли, а затем в школы для тугоухих.

Глава 5

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Наркологическая помощь осуществляется специализированной наркологической службой органов здравоохранения в тесной связи с медицинскими учреждениями, органами МВД (инспекторы РОВД по предупреждению общественно опасных поступков, специализированные добровольные народные дружины, вытрезвители, лечебно-трудовые профилактории), медсанчастями ведомств, государственными и общественными организациями (комиссии по борьбе с пьянством при исполкомах народных депутатов, народные суды, Дома культуры, Общество Красного Креста и Красного Полумесяца, общество «Знание», ЖЭКи; приказ МЗ СССР № 694 от 24 августа 1972 г.; «О мерах по дальнейшему усилению борьбы против пьянства и алкоголизма»; приказ МЗ СССР № 116 от 17 февраля 1975 г. «О проведении дополнительных мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом»; приказ МЗ СССР № 480 от 17 мая 1978 г. «О дополнительных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом»; приказ МЗ СССР и Министра МВД СССР № 955/270 от октября 1976 г.

«Об обеспечении преемственности между наркологическими учреждениями, органами здравоохранения, ЛТП и органами внутренних дел по проведению принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом»; приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению»).

Руководящие органы. Специализированную наркологическую службу в стране возглавляет Управление по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники МЗ СССР, а в республиках — внештатные главные наркологи и инспекторы по наркологии министерств здравоохранения, работа которых строится по единому принципу, указанному в I главе справочника. Совместно с Всесоюзной проблемной комиссией «Межведомственные вопросы наркологии» планирует научно-исследовательскую работу в области наркологии, осуществляет руководство и контроль за деятельностью наркологической службы в республиках, краях и областях. Организационно-методическую и практическую помощь Управлению оказывает Центр по наркологии при Центральном научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского. Управление принимает активное участие в деятельности постоянно действующей при МЗ СССР комиссии по борьбе с алкоголизмом; разрабатывает планы работы комиссии на год, предложения и рекомендации, направленные на улучшение наркологической помощи, представляет их на рассмотрение коллегии МЗ СССР и межведомственной комиссии при Совете Министров СССР по борьбе с алкоголизмом.

Центр по наркологии при Центральном научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского оказывает местным органам и учреждениям здравоохранения научно-методическую помощь в разработке мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом, разрабатывает новые, более эффективные методы лечения алкоголизма и его профилактики; совместно с Всесоюзной проблемной комиссией «Межведомственные вопросы наркологии» планирует научные исследования.

Всесоюзный межведомственный Совет по антиалкогольной пропаганде при МЗ СССР (приказ МЗ СССР № 480 от 17 мая 1978 г. «О дополнительных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом») разрабатывает и осуществляет мероприятия по антиалкогольной пропаганде; координирует деятельность министерств и ведомств в этой области, утверждает трехлетние планы мероприятий, анализирует ежегодные отчеты о целевой проверке деятельности Домов санитарного просвещения страны, контролирует выпуск санитарно-просветительных материалов (кинофильмы, плакаты, выставки, лекторские папки, брошюры), проведение Всесоюзных смотров-конкурсов этих материалов (один раз в 2 года), оказывает научную и методическую помощь Министерству культуры СССР, Государственному комитету Совета Министров СССР по кинематографии, телевидению и радиовещанию, Государственному комитету по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, а также ВЦСПС, Всесоюзному обществу «Знание», Обществу Красного Креста и Красного Полумесяца по созданию материалов, литературы, теле- и радиопередач, направленных на борьбу с пьянством.

Всесоюзная проблемная комиссия «Межведомственные вопросы наркологии» координирует научные исследования в научно-исследо-

вательских институтах, на кафедрах медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, в лечебных учреждениях страны, направленные на изучение причин и условий, порождающих пьянство и алкоголизм, патогенеза и клиники алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании и токсикомании, на изыскание и разработку новых средств и методов профилактики и лечения алкоголизма, на совершенствование организации наркологической службы.

Комиссии по борьбе с пьянством создаются при Советах Министров республик, исполнительных комитетах областных, городских, районных, сельских и поселковых Советов народных депутатов, на промышленных предприятиях («Положение о комиссии по борьбе с пьянством Украинской ССР», утвержденное Указом Президиума Верховного Совета УССР от 25 мая 1973 г.). Комиссия координирует деятельность государственных и общественных организаций, направленную на разработку и осуществление мероприятий по предупреждению алкоголизма.

Постоянно действующая при органах (учреждениях) здравоохранения комиссия по борьбе с алкоголизмом («Положение о постоянно действующих комиссиях по борьбе с алкоголизмом при органах (учреждениях) здравоохранения», утвержденное МЗ СССР 11 марта 1976 г.) создается приказом руководителя органа здравоохранения при союзном и республиканских министерствах, областных, городских и районных отделах здравоохранения. Председателем комиссии назначается заместитель руководителя органа здравоохранения, а его заместителем — психиатр-нарколог. В состав комиссии входят главные врачи наркологических и других лечебных учреждений, Домов санитарного просвещения, представители медицинских и научно-исследовательских институтов, врачи-наркологи и врачи других специальностей. Свою деятельность комиссия осуществляет в контакте с межведомственной комиссией исполкома Совета народных депутатов, выносит на ее рассмотрение проекты мероприятий, направленных на улучшение наркологической помощи населению; работает по плану, утвержденному руководителем органа здравоохранения. Один раз в 1—2 мес на заседаниях комиссии заслушиваются и обсуждаются предложения по улучшению наркологической помощи населению района, сообщения о передовом опыте лечения и профилактики алкоголизма, отчеты внештатных наркологов, руководителей наркологических учреждений об их деятельности, результаты проверки работы органов и учреждений здравоохранения по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

В задачи комиссий входит: а) оказание практической помощи органам и учреждениям здравоохранения и учреждениям других ведомств в организации лечения больных алкоголизмом; б) обобщение передового опыта лечения, профилактики, внедрение наиболее эффективных методов лечения; в) контроль за выполнением органами и учреждениями здравоохранения и ведомственными медицинскими учреждениями постановлений партии, правительства и местных органов государственной власти, приказов министерств здравоохранения, местных органов здравоохранения, направленных на улучшение наркологической помощи населению, г) контроль за качеством и эффективностью противоалкогольной пропаганды, организацией работы по противоалкогольному воспитанию, в первую очередь учащихся и рабочей молодежи. Комиссия отчитывается перед

руководителем органа здравоохранения, медицинским советом или коллегией министерства, аналогичной комиссией вышестоящего органа здравоохранения, которой направляет отчет с анализом состояния наркологической помощи за истекший год.

Главный внештатный психиатр-нарколог (области, города, района) («Положение о главном внештатном наркологе республики, края, области, района, города», утвержденное МЗ СССР 20 марта 1978 г.) назначается вышестоящим органом здравоохранения из числа наиболее авторитетных психиатров-наркологов; работает в контакте с партийными, советскими и административными органами и лечебно-профилактическими учреждениями, с организационно-методическим отделом областного наркодиспансера; принимает участие в работе межведомственной комиссии по борьбе с пьянством при исполкоме Совета народных депутатов и постоянно действующей комиссии по борьбе с алкоголизмом; осуществляет организационно-методическое руководство наркологическими больницами, диспансерами, отделениями, кабинетами, наркопунктами и наркопостами; анализирует деятельность наркологической службы, разрабатывает перспективные планы ее развития, изучает потребности в медицинской аппаратуре и медикаментах, оказывает содействие в их приобретении; планирует и организует мероприятия по повышению профессиональной подготовки и аттестации врачей-наркологов, медицинского персонала ЛТП, медицинских вытрезвителей; контролирует работу наркологических учреждений; совместно с Обществом Красного Креста принимает участие в подготовке санитарного актива для работы в наркопостах; совместно с Домами санитарного просвещения, отделами культуры исполкомов и обществом «Знание», Обществом Красного Креста, радио, телевидением, печатью и научными медицинскими обществами организует мероприятия по антиалкогольной пропаганде; совместно с отделом народного образования, администрацией вузов, техникумов, ПТУ, общеобразовательных школ организует и контролирует санитарно-просветительную и профилактическую работу среди учащихся.

Внештатному наркологу по основному месту работы выделяется время (5 ч в неделю и один полный рабочий день в месяц) для обследования наркологических учреждений. Это время зачисляется в график его работы.

Внештатный нарколог министерства здравоохранения республики работает совместно с инспектором по наркологии отдела специализированной помощи министерства и отделом наркологии научно-исследовательского института психиатрии, секций наркологии республиканского общества невропатологов и психиатров и Республиканской проблемной комиссией (РПК); анализирует деятельность наркологической службы республики, подготавливает материалы для межведомственной комиссии по борьбе с пьянством при Совете Министров республики и коллегии министерства здравоохранения, изучает и распространяет директивно-инструктивные материалы, принимает участие в подготовке приказов министерства по вопросам организации наркологической службы.

Наркологическая служба области располагает сетью стационарных и внебольничных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих лечебно-диагностическую и социально-правовую помощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Наркологи
бинете», утвер
ляется осис
может функ
психоневролог
ленного предп
наркологиеск
МЗ СССР №
номенклатуру
№ 270 от 18
фармацевтиче
диспансеров,
подчиненност
стковому при
ров-нарколо
«О введении
«Положение о
ное МЗ СССР
логами, средн
низует работу
цинским перс
подчиненных
картотека ди
осуществляют
Диспансер
ных на групп
медико-социал
Предусматрив
намического
№ 291 от 23
ривающими
больных от ал
ных принципа
мического на
МЗ СССР 20
теке нарколог
тотеки провод
ческих и сомат
тических меро
сельская мест
ность нарколо
разделения бо
мом женщины
групп учета р
логом и patro
филактические
Лечение б
команиями, то
ческом кабине
числе аноним
Профилактик
ся совместно
промышленных

Наркологический кабинет («Положение о наркологическом кабинете», утвержденное МЗ СССР 19 марта 1976 г., № 06—14/6) является основным звеном внебольничной наркологической службы; может функционировать при поликлинике общемедицинской сети, психоневрологическом диспансере, медико-санитарной части промышленного предприятия, наркологической и психиатрической больнице, наркологическом отделении, наркологическом диспансере (приказ МЗ СССР № 131 от 5 февраля 1976 г. «О внесении дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения»; приказ МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г. «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь наркологических диспансеров, отделений, кабинетов»). Независимо от ведомственной подчиненности и территориального деления кабинет работает по участковому принципу. Кабинет комплектуется штатом врачей психиатров-наркологов (приказ МЗ СССР № 1180 от 26 декабря 1975 г. «О введении должностей: врач — участковый психиатр-нарколог», «Положение о враче — участковом психиатре-наркологе», утвержденное МЗ СССР 19 марта 1976 г., № 06—1415), фельдшерами-наркологами, средним и младшим медицинским персоналом. Кабинет организует работу наркопунктов и наркопостов, обеспечивает их медицинским персоналом, составляет план работы на год, график работы подчиненных подразделений и паспорт участка. В кабинете ведется картотека динамического наблюдения за диспансерными больными, осуществляются все виды лечения.

Диспансерный учет, динамическое наблюдение и деление больных на группы учета обеспечивает проведение планомерного лечения, медико-социального контроля и профилактических мероприятий. Предусматривается подразделение больных на 5 групп учета и динамического наблюдения в соответствии с приказами МЗ СССР № 291 от 23 марта 1976 г. и № 388 от 19 апреля 1978 г., предусматривающими 5 лет диспансерного учета при полном воздержании больных от алкогольных напитков («Временная инструкция об основных принципах построения картотеки динамического учета и динамического наблюдения наркологических больных», утвержденная МЗ СССР 20 ноября 1980 г.). Контрольные карты хранятся в картотеке наркологического кабинета. Распределение карт по ячейкам картотеки проводится с учетом стадии алкоголизма, особенностей психических и соматических нарушений, проводимого лечения и профилактических мероприятий, особенностей наркологического участка (город, сельская местность, наличие промышленных предприятий, обеспеченность наркологическими кадрами). Возможны и другие варианты разделения больных на группы учета, например, больные алкоголизмом женщины, больные алкоголизмом в возрасте до 18 лет. Карты групп учета регулярно просматриваются участковым врачом-наркологом и патронажной медицинской сестрой, намечаются лечебно-профилактические и социально-реабилитационные мероприятия.

Лечение больных алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманиями, токсикоманиями проводится амбулаторно в наркологическом кабинете и стационарно; может быть добровольным, в том числе анонимным, и принудительным.

Профилактическая работа врача психиатра-нарколога проводится совместно с комиссиями по борьбе с пьянством и алкоголизмом промышленных и сельскохозяйственных предприятий, работниками

наркопунктов и общемедицинской сети, а также с сотрудниками РОВД, детской комнаты милиции и вытрезвителями. Направлена на: выявление больных алкоголизмом («Методика выявления лиц, злоупотребляющих алкоголизмом, и организация противоалкогольной работы на промышленном предприятии». Методические рекомендации МЗ СССР 8 января 1975 г.), привлечение их к лечению, профилактику рецидивов, изучение лиц, поступающих в вытрезвители, нарушающих правопорядок в состоянии алкогольного опьянения, страдающих соматическими заболеваниями, связанными с алкогольной интоксикацией. Врач-нарколог проводит воспитательную, оздоровительную и санитарно-просветительную работу, привлекает пациентов в «школы здоровья» и «трезвости», к участию в культурно-массовых и спортивных мероприятиях при клубах и Домах культуры. Совместно с отделами культуры исполкома Советов народных депутатов, обществом «Знание», Обществом Красного Креста и Красного Полумесяца, Домами (кабинетами) санитарного просвещения, работниками районной печати разрабатывает, координирует и реализует мероприятия по антиалкогольной пропаганде (готовит и рецензирует материалы лекций и бесед, обеспечивает лекторов наглядными пособиями, выступает по радио), инструктирует медицинский персонал по вопросам противоалкогольной пропаганды, проводит разъяснительную, санитарно-просветительную и профилактическую работу с учащимися школ, ПТУ, техникумов и других учебных заведений, с подростками и детьми, состоящими на учете в детской комнате милиции («Инструкция о профилактической медицинской помощи лицам, склонным к злоупотреблению алкоголем», утвержденная МЗ СССР 5 июня 1981 г., № 21—11(79—27).

Фельдшерский наркологический кабинет (наркопункт) организуется на промышленном предприятии при медсанчасти и здравпункте; работает под руководством участкового врача психиатра-нарколога (приказ МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г. «О штатных нормах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь наркологических диспансеров, отделений и кабинетов»; «Положение о фельдшерском наркологическом пункте (наркопункте)» МЗ СССР, 22 июня 1976 г., № 06—14/8).

Фельдшер-нарколог («Положение о фельдшере-наркологе, помощнике врача психиатра-нарколога», утвержденное МЗ СССР 22 июня 1976 г., № 06—14/8) принимает участие в работе комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом на предприятии, помогает врачу-наркологу выявлять больных алкоголизмом и привлекать их к лечению, выполняет врачебные назначения, проводит санитарно-просветительную работу в цехах и на участках предприятия («Организация противоалкогольной деятельности медицинских учреждений на промышленных предприятиях». Методические указания, утвержденные МЗ РСФСР 6 января 1975 г.).

Наркологический пост — первичное общественное звено наркологической службы («Положение об общественном наркологическом посте» и методические указания «Участие санитарного актива Общества Красного Креста и Красного Полумесяца в профилактике алкоголизма», утвержденные приказом МЗ СССР № 06—14/9 от 14.06.1978 г. и исполкомом СОКК и КП СССР, № 12(1700), организуемое на общественных началах с целью вовлечения населения (рабочих коллективов) в работу по профилактике алкоголизма. Ра-

ботниками наркологического общества Красного Креста и Красного Полумесяца
Фельдшерский кабинет (приказ МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г.)
автотранспортных средств для контроля за движением, включая осмотры дорожно-транспортного здоровья водителей, употребляющих спиртные напитки
Хозрасчетный наркологический кабинет в городах в составе любой другой базы любого другого наркологического подразделения поликлиники, утвержденного методическими указаниями территориальной наркологической службы
услуги проводятся с 17 февраля 1978 г.
Наркологический кабинет организуется при наличии наркологов; строит наркологический кабинетно-методический кабинет (приказы МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г., № 06—14/8)
Стационарная наркологическая служба в наркологических и наркологических отделениях МЗ СССР № 760 от 18 марта 1976 г., № 06—14/8
Наркологическая служба специализированная функционирующая в наркологической поликлинике. Методические указания (приказ МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г., № 06—14/8)
психозами поступающих на лечение (приказ МЗ СССР № 270 от 18 марта 1976 г., № 06—14/8)
В больницах, поликлиниках, на промышленных предприятиях для оказания помощи соматическим больным

ботниками наркологического поста являются как активисты Общества Красного Креста и Красного Полумесяца, так и члены любого трудового и общественного коллектива.

Фельдшерский здравпункт при автотранспортном предприятии (приказ МЗ СССР № 350 от 3 апреля 1981 г. «О здравпунктах при автотранспортных предприятиях и предприятиях связи») организует-ся для контроля за состоянием здоровья водителей перед выездом на линию, включая определение алкоголя в организме; выясняет при-чины дорожно-транспортных происшествий, обусловленные состояни-ем здоровья водителей; выявляет водителей автотранспорта, злоупот-ребляющих спиртными напитками, и проводит с ними работу по про-филактике алкоголизма.

Хозрасчетный наркологический кабинет организуется в крупных городах в составе хозрасчетного медицинского учреждения или на базе любого другого лечебно-профилактического учреждения как са-мостоятельное подразделение («Временное положение о хозрасчетных наркологических отделениях, кабинетах хозрасчетных и бюджетных поликлиник», утвержденное МЗ СССР 1 августа 1980 г.). Организа-ционно-методически подчиняется главному наркологу администра-тивной территории. В кабинете проводится консультативная и лечеб-но-профилактическая работа по анонимному принципу. Штаты каби-нета устанавливаются в зависимости от объема работы. Оплата за услуги проводится по преискуранту (Постановление Госкомцен УССР от 17 февраля 1978 г. № 14—24—БЦ, раздел 15).

Наркологический диспансер (районный, городской, межрайонный) организуется при наличии не менее 3 должностей врачей психиатров-наркологов; строит свою работу по участковому принципу. Област-ной наркологический диспансер оказывает консультативную и органи-зационно-методическую помощь наркологическим учреждениям об-ласти (приказы МЗ СССР № 131 от 5 февраля 1976 г., № 270 от 18 марта 1976 г., № 1270 от 12 декабря 1980 г.).

Стационарная наркологическая помощь осуществляется отделе-ниями наркологических, психиатрических, общесоматических больниц, наркологических и психоневрологических диспансеров. Штаты нарко-логических отделений формируются в соответствии с приказом МЗ СССР № 760 от 15 августа 1974 г. «О штатных нормативах ме-дицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работ-ников кухонь психиатрических больниц, отделений и палат».

Наркологическая больница (областная, городская) — многопро-фильное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, функционирующее в крупных промышленных городах («Организация наркологической помощи населению крупного промышленного горо-да». Методические рекомендации, утвержденные МЗ УССР 29 сен-тября 1975 г.). В отделения больницы госпитализируются первично и повторно поступающие больные отдельно; больные алкогольными психозами направляются в отделения, имеющие палаты интенсивной терапии (приказ МЗ СССР № 480 от 17 мая 1978 г. «О дополнитель-ных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом»). В больнице предусмотрены: диспансерное отделение, ВКК, дневной стационар, ночной профилакторий; кроме того, открываются отделе-ния на промышленных предприятиях.

Для оказания лечебной помощи больным алкоголизмом и алко-гольными психозами организуются наркологические отделения при соматических больницах.

Наркологическое отделение медицинского учреждения при предприятии промышленности, сельского хозяйства, строительной организации («Положение о наркологическом отделении психиатрической (психоневрологической) больницы, психоневрологического диспансера при предприятиях промышленности, сельского хозяйства, строительной организации», утвержденное МЗ СССР 17 июня 1975 г.). предназначено для лечения больных алкоголизмом без отрыва от производства с целью сохранения и закрепления социально-трудовой адаптации. Правовые отношения с производством, формы и методы работы отделения определяются «Типовым договором», заключаемым между медицинским учреждением и предприятием, утвержденным МЗ СССР 7 сентября 1975 г., Госкомитетом Совета Министров СССР по вопросам труда и заработной платы 17 апреля 1975 г. и ВЦСПС 15 мая 1975 г. (методические рекомендации, утвержденные МЗ СССР 3 декабря 1973 г.: «Организация наркологического отделения психиатрической больницы при промышленном предприятии»).

Дневной стационар для лечения больных алкоголизмом («Положение о дневном стационаре для больных алкоголизмом», утвержденное приказом МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г.; (методические рекомендации, утвержденные МЗ СССР 19 января 1978 г., № 21—27/5—6 «Принципы организации дневного стационара, особенности выявления, лечения и реадaptации больных хроническим алкоголизмом в условиях промышленного предприятия») работает аналогично наркостационару при предприятии промышленности.

Лечение больных алкоголизмом в санаториях-профилакториях крупных промышленных предприятий («Разрешение Укрсовпрофа» № 04—206 от 27 января 1976 г.) проводится так же, как в стационаре, и рассчитано на больных алкоголизмом в начальной стадии с положительными социально-трудовыми установками.

Экспертная работа врача психиатра-нарколога строится на тех же принципах, что и врача-психиатра (см. главу 6). Заключение по экспертным вопросам выдаются (высылаются) после освидетельствования ВКК. При установлении временной нетрудоспособности в связи с соматическим заболеванием (травма, токсический гепатит, острое отравление алкоголем и т. п.), возникшим в связи с употреблением алкоголя (состояние опьянения), а также при заболеваниях, обусловленных злоупотреблением алкоголем (алкоголизм, алкогольные психозы), больничные листки как при амбулаторном, так и при стационарном лечении не выдаются, пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается; вместо них выдаются справки о временной нетрудоспособности (учетная форма № 54; Приказ МЗ СССР № 694 от 24 августа 1972 г. «О мерах по дальнейшему усилению борьбы против пьянства и алкоголизма»). Аналогично решается вопрос при обострении психического заболевания вследствие злоупотребления алкоголем (Постановление ВЦСПС № 14/4А/3939 от 27 августа 1973 г.). При возникновении у больного алкоголизмом нового, более тяжелого заболевания больничный листок выдается через 10 дней после начала амбулаторного или стационарного лечения (Инструктивно-методическое письмо МЗ СССР № 06—14/13 от 18 октября 1973 г.).

Освидетельствование при направлении на СП ВТЭК проводится при затяжном (хроническом) течении алкогольных психозов или слабоумии (см. главу 6).

Освидетельствование
принудительное лечение
линиях общесоматиче-
гических, наркологиче-
ропатолога (приказ
улучшении работы ме-
больных хроническим
ния на принудительном
МВД СССР»; «Инстр
вания больных хрониче-
правления на прину-
1 декабря 1977 г.,
тельствования решит
представляется возмо-
дование в наркологиче-
10 дней (приказ МЗ
дальнейшему усилени
При уклонении от ос-
лен на ВКК инспекто
ваются результаты
лечения. При наличии
в ЛТП («Перечень
больных хроническим
тории МВД СССР»,
№ 06—14/12) рекоме
ской больнице от 3 д
УССР от 5 сентября
народным судом.

Освидетельствование
становления Народно
досрочной отмене пр
курс лечения при об
установке; б) при ре
ческого стационара, г
нии, в случае наруше
ских противопокзани

Экспертиза алког
суток, по мере обра-
ных приказом руково
территориального уча-
от 12 декабря 1980 г.,
шению экспертизы ал-
лог обеспечивает пун-
проводит инструктаж
ет контроль за ее кач-
логе», утвержденное

Судебно-психиатри
данском процессе про-
психиатрическими экс-
нарушающим, послед-
жития и причиняющие
Объективные данные
ское заключение пред-

Освидетельствование больных алкоголизмом при направлении на принудительное лечение проводится ВКК, создаваемыми при поликлиниках общесоматических больниц или диспансерах (психоневрологических, наркологических) с обязательным участием терапевта и невропатолога (приказ МЗ СССР № 1108 от 13 декабря 1977 г. «Об улучшении работы медицинских комиссий по освидетельствованию больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями для направления на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории МВД СССР»; «Инструкция о порядке медицинского освидетельствования больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями для направления на принудительное лечение», утвержденная МЗ СССР 1 декабря 1977 г., № 06—14/13). Если при амбулаторном освидетельствовании решить вопрос о состоянии здоровья пациента не представляется возможным, он направляется на стационарное обследование в наркологическое или психиатрическое отделение сроком до 10 дней (приказ МЗ СССР № 694 от 24 августа 1972 г. «О мерах по дальнейшему усилению борьбы против пьянства и алкоголизма»). При уклонении от освидетельствования больной может быть доставлен на ВКК инспектором РОВД. В медицинском заключении указываются результаты обследования, диагноз и рекомендуемый срок лечения. При наличии медицинских противопоказаний для лечения в ЛТП («Перечень заболеваний, препятствующих направлению больных хроническим алкоголизмом в лечебно-трудовые профилактории МВД СССР», утвержденный МЗ СССР 17 ноября 1977 г., № 06—14/12) рекомендуется принудительное лечение в психиатрической больнице от 3 до 6 мес (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 5 сентября 1975 г.), определение о котором выносится народным судом.

Освидетельствование больных алкоголизмом для пересмотра постановления Народного суда проводится: а) при решении вопроса о досрочной отмене принудительного лечения, если больной закончил курс лечения при образцовом поведении и положительной трудовой установке; б) при решении вопроса о переводе в ЛТП из психиатрического стационара, где больной находится на принудительном лечении, в случае нарушения больничного режима и отсутствия медицинских противопоказаний для пребывания в ЛТП.

Экспертиза алкогольного опьянения проводится в любое время суток, по мере обращаемости, в специальных пунктах, предусмотренных приказом руководителя лечебно-профилактического учреждения территориального участка города, района (приказы МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г., № 523 от 22 ноября 1954 г. «О мерах по улучшению экспертизы алкогольного опьянения»). Врач психиатр-нарколог обеспечивает пункт инструктивно-методическими материалами, проводит инструктаж врачей, занимающихся экспертизой, осуществляет контроль за ее качеством («Положение о враче психиатре-наркологе», утвержденное МЗ СССР 19 марта 1976 г., № 06.14/5).

Судебно-психиатрическая экспертиза при алкоголизме в гражданском процессе проводится по решению народного суда судебно-психиатрическими экспертными комиссиями лицам, систематически нарушающим, вследствие пьянства, нормы социалистического общежития и причиняющим моральный и материальный ущерб семье. Объективные данные о больном, необходимые документы и медицинское заключение представляются в народный суд врачом психиатром-

наркологом. Суд выносит определение об ограничении дееспособности в форме лишения родительских прав (ст. 70, 71 КОБС УССР), расторжения брака (Постановление Верховного суда СССР от 11 июня 1972 г.) и назначения попечителя. После вынесения решения народного суда в течение не более 30 дней исполнительный комитет Совета народных депутатов принимает меры к назначению попечителя. Врач психиатр-нарколог осуществляет контроль за деятельностью попечителя, а также ходатайствует перед народным судом об отмене ограничения дееспособности и снятии попечительства в случае прекращения пьянства подопечного.

Глава 6

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ В ПСИХИАТРИИ И ЭКСПЕРТНАЯ РАБОТА ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Советское законодательство гарантирует психически больным сохранение тайны о заболевании, бесплатную квалифицированную медицинскую помощь, пенсионное обеспечение, бесплатное и внеочередное предоставление жилья, опеку и попечительство, устройство в Дома для инвалидов, приобщение к общественно-полезному труду в случае инвалидности, а при выздоровлении — трудоустройство и право на обучение.

Медицинскому персоналу запрещается разглашать сведения о психически больных, их болезни и личной жизни; ограничено количество учреждений и должностных лиц, имеющих право получать справки о психическом состоянии больного (Указы Президиума Верховного Совета СССР № 4539 — VII от 19 декабря 1969 г. и № 1364 — VIII от 26 марта 1971 г.; ст. 16 «Основ законодательства СССР (УССР) о здравоохранении»; приказ МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г. «О порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан»). На всех письмах и справках, исходящих из психиатрических (психоневрологических, наркологических) учреждений, в которых содержатся какие-либо сведения медицинского характера, ставится штамп «В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г. снимать копии, пересылать в другие учреждения, выдавать на руки, разглашать сведения запрещается», а копия документа подклеивается к карте стационарного больного или индивидуальной карте амбулаторного больного.

Работа врачебно-консультационной комиссии

Врачебно-консультационная комиссия (ВКК) создается в психиатрической (психоневрологической, наркологической) больнице, диспансере, поликлинике в составе 2—3 врачей: главврач или его заместитель по экспертизе или медицинской части — председатель, заведующий отделением и лечащий врач — члены комиссии и секретарь («Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и научно-исследовательских институтов», утвержденное при-

казом МЗ СССР
с ВЦСПС 8 августа
чаются терапевт, не
ВКК вносится в м
ная форма № 003/у
го (учетная форма
форма № 035/у).

Вопросы, подлежа
Установление вр
хическое заболевани
длении больничного
делением или полик
СССР «О порядке в
вержденная СНК С
ных резидуальных я
ностных особенност
условий ВКК может
боты, освободить от
учащимся средних
отпуск; кроме того,
пуска для санатори
сиональной пригод
ков больным, нап
вии, что в данной
возможно получить

Освидетельство
признаков инвалид
ния). Если больной
протяжении четырех
цати месяцев (в св
ничный листок или
форма № 095/у), и
больничного листка
или установления гр
же больные для о
тельствования или
трудоустройству. Пр
пы инвалидности ле
форма № 088/у) и
зываются данные о
левания, результаты
исследований, прово
вается функциональ
рекомендации по тр
лечущим врачом, за
врача по экспертизе
медицинской докуме
в специализированн
дические материалы
Медицинское
в списки избирателе
рассмотрении вопро
рукцией»), приказ
избирателей не вк

казом МЗ СССР № 06—14/6 от 14 июля 1975 г., согласованное с ВЦСПС 8 августа 1975 г.). При необходимости в комиссию включаются терапевт, невропатолог и другие специалисты. Заключение ВКК вносится в медицинскую карту стационарного больного (учетная форма № 003/у) или медицинскую карту амбулаторного больного (учетная форма № 025/у) и регистрируется в журнале (учетная форма № 035/у).

Вопросы, подлежащие рассмотрению ВКК.

Установление временной нетрудоспособности: когда нервно-психическое заболевание носит временный характер, но вопрос о продлении больничного листа не может быть решен заведующим отделением или поликлиники (инструкция ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке выдачи застрахованным больничных листов», утвержденная СНК СССР 14 августа 1937 г.); при нерезко выраженных резидуальных явлениях перенесенного заболевания и учете личностных особенностей пациента, его бытовых и производственных условий ВКК может рекомендовать временно изменить характер работы, освободить от ночных дежурств и командировок, студентам и учащимся средних учебных заведений предоставить академический отпуск; кроме того, ВКК может решить вопрос о предоставлении отпуска для санаторно-курортного лечения, дать заключение о профессиональной пригодности, санкционировать выдачу больничных листов больным, направленным для лечения в другой город при условии, что в данной местности отсутствуют нужные специалисты и невозможно получить необходимое лечение.

Освидетельствование при направлении на ВТЭК (при наличии признаков инвалидности либо неблагоприятном прогнозе заболевания). Если больной нетрудоспособен временно, но непрерывно на протяжении четырех или пяти месяцев в течение последних двенадцати месяцев (в связи с данным заболеванием), ему выдается больничный листок или справка о временной нетрудоспособности (учетная форма № 095/у), и он направляется на ВТЭК для решения о выдаче больничного листа еще на 2—4 мес (при благоприятном прогнозе) или установления группы инвалидности. На ВТЭК направляются также больные для очередного (срочного или досрочного) переосвидетельствования или при необходимости получения рекомендаций по трудоустройству. При направлении на ВТЭК для установления группы инвалидности лечащий врач заполняет посылкой лист (учетная форма № 088/у) и подготавливает другие документы. При этом указываются данные о трудовой деятельности больного, динамике заболевания, результатах обследования специалистами и лабораторных исследований, проводимом лечении и его эффективности, обосновывается функциональный диагноз, клинический и трудовой прогнозы, рекомендации по трудоустройству. Посылкой лист подписывается лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача по экспертизе или главным врачом («О порядке оформления медицинской документации и показания при направлении больных в специализированные психиатрические ВТЭК». Инструктивно-методические материалы, 1977).

Медицинское заключение для внесения психически больных в списки избирателей («О порядке признания лиц умалишенными при рассмотрении вопроса о внесении их в списки избирателей (с инструкцией)», приказ МЗ СССР № 1 от 2 января 1980 г.). В списки избирателей не включаются граждане, признанные умалишенными,

по решению суда или заключению комиссии, состоящей не менее чем из 3 врачей-психиатров. В случаях, когда такую комиссию создать нельзя, освидетельствование производится одним врачом-психиатром с привлечением врача другой специальности. Персональный состав комиссии определяется главным областным (городским) психиатром и утверждается областным органом здравоохранения. Такие освидетельствования может производить ВКК психиатрического учреждения. Подлежащие освидетельствованию больные направляются на комиссию психиатрическими лечебно-профилактическими учреждениями, исполкомами Советов народных депутатов или участковыми избирательными комиссиями. Медицинское заключение оформляется на бланке и действительно на время данных выборов. Копии заключений направляются исполкомам местных Советов народных депутатов или участковым избирательным комиссиям по их письменным запросам. Заключение может быть обжаловано через районный (городской) народный суд.

Заключение о возможности обучения в высших и средних специальных учебных заведениях дается ВКК при наличии направления врача учебного заведения (студенческой поликлиники) на основании результатов амбулаторного или стационарного обследования и в соответствии с методическими указаниями («Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие учебные заведения», утвержденный приказом МЗ СССР и Министерства высшего и среднего специального образования № 542/464 от 26 мая 1976 г.; «Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в средние специальные учебные заведения», утвержденный МЗ СССР 8 мая 1968 г.) Аналогично решается вопрос о предоставлении в связи с психическим заболеванием академического отпуска. Заключение высылается адресату в установленном порядке.

чается и акушер-гинеколог. При вынесении решения ВКК руководствуется инструкциями и методическими рекомендациями («О порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности (аборта) по медицинским показаниям» (с инструкцией); приказы МЗ СССР № 941 от 31 октября 1951 г. и № 375 от 5 мая 1952 г.; «Семейное положение психически больных и вопросы психопрофилактики» с приложением выписки из законодательных актов. Методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения СССР 28 февраля 1979 г.).

Заключение о возможности получения прав на управление транспортными средствами. Психоневрологический (психиатрический, наркологический) кабинет диспансера выдает медицинские справки гражданам, для предъявления в госавтоинспекцию (учетная форма № 083/у). ВКК дает заключение по запросам медицинских учреждений (медицинских комиссий) после амбулаторного или стационарного обследования. В этих случаях справки с заключением высылаются адресатам в установленном порядке («Инструкции о порядке медицинского освидетельствования лиц, желающих получить удостоверение на право управления авто-, мототранспортом и городским электротранспортом и переосвидетельствования водителей транспортных средств», утвержденные приказом МЗ СССР № 380 от 26 апреля 1974 г.; Приказ МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г.).

Заключение о возможности получения прав на приобретение, хранение и пользование огнестрельным оружием гражданским лицам и лицам ведомственной охраны дается ВКК на основании результатов амбулаторного или стационарного обследования в психоневрологическом учреждении по направлению административных органов (Циркулярное письмо МЗ СССР № 06—14/15 от 17 ноября 1978 г.). Решение комиссии выносится в соответствии со статьями расписания болезней, предусмотренных приказом министра обороны СССР.

Специализированная психиатрическая (СП) ВТЭК организовывается в областном центре или в крупных городах (при областных или городских ПНД). Осуществляет экспертизу трудоспособности больных с психическими заболеваниями, находящихся на учете и под наблюдением психиатрических учреждений, оказывает консультативно-методическую и инструктивную помощь райВТЭК, поддерживает контакт с руководителями и врачами психоневрологических (психиатрических, наркологических) учреждений. При установлении группы инвалидности СП ВТЭК учитывает прогноз по клиническим критериям, тип течения заболевания, компенсаторные возможности организма, особенности профессии и условия работы, уровень трудоспособности и возможности рационально ее использовать в своей или другой профессии.

Если психическое заболевание протекает по типу прогрессивных деструктивно-органических психозов или вызывает стойкие функциональные нарушения психической деятельности, устанавливается стойкая утрата трудоспособности.

Типы течения психических заболеваний, при которых устанавливается инвалидность (по Мелехову): 1) злокачественные прогрессирующие процессы, протекающие по типу острого приступа с быстро наступающим распадом личности (стойкая утрата трудоспособности); 2) прогрессивные процессы, протекающие в виде «сдвигов», между

которыми констатируется нарастающая деградация личности (стойкая утрата трудоспособности); 3) вялотекущие процессы с длительными неврозоподобными и психопатоподобными состояниями (возможно длительное сохранение трудоспособности, иногда ограничение); 4) подострые прогрессивные процессы, протекающие длительно без выраженной психотической симптоматики (возможно длительное сохранение трудоспособности); 5) ремиттирующие процессы (преимущественно временная утрата трудоспособности); 6) регрессивные процессы (группа инвалидности может изменяться, вплоть до восстановления трудоспособности). СП ВТЭК дает также трудовые рекомендации в каждом конкретном случае индивидуально.

Особенности экспертизы трудоспособности по отдельным нозологическим группам. При прогрессивных психических заболеваниях (шизофрении, эпилепсии, экзогенно-органических процессах — энцефалитах, опухолях мозга, цереброспинальном сифилисе, прогрессирующем параличе, соматогенных и инфекционных психозах с затяжным течением, сенильных, пресенильных и сосудистых психозах, различных видах органического слабоумия) экспертная оценка зависит от стадии заболевания, типа прогрессивности и выраженности дефекта. Эпилептические припадки или эквиваленты без выраженных изменений личности обычно не ведут к инвалидности; дается заключение о необходимости изменения характера работы.

При психозах, протекающих по типу фаз или приступообразно (циркулярный психоз, периодические и эндореактивные депрессии), в переводе больных на инвалидность нет необходимости; при длительности более четырех месяцев продлевается больничный листок и только при затяжном течении приступа или частых приступах ставится вопрос об инвалидности. Так же решается вопрос при экзогенных, психогенных реакциях в неврозах.

При олигрофрениях в случае выраженного слабоумия устанавливается инвалидность с детства. Учитывается возможность приобретения навыков и степень эмоционально-волевой устойчивости.

При психопатиях и неврозах имеет значение функциональный диагноз, отражающий степень выраженности синдрома. Для большинства больных с невротическими и психопатическими реакциями устанавливается временная нетрудоспособность; таких больных на ВТЭК не направляют. Инвалидность устанавливается при стойких и тяжелых нарушениях адаптации, приобретающих характер патологического развития (невротического, паранойального). Рекомендуются труд на дому.

Освидетельствование призывников и военнообязанных по направлению военкомата. Врачи-психиатры лечебных учреждений привлекаются для экспертизы в составе врачебных комиссий при военкоматах (районных, городских, областных). В случаях, когда при освидетельствовании в процессе заседания ВВК не представляется возможным вынести решение о годности к военной службе, призывники или военнообязанные направляются на амбулаторное или стационарное обследование в ПНД или психиатрическую больницу (отделение). Вместе с направлением военкомата пересылается характеристика с места работы или учебы, данные лабораторных исследований. После клинико-лабораторного обследования призывника направляют на ВВК, после чего оформляется соответствующая документация (с подписями членов ВВК направляется в военкомат). Диагноз рекомендуется формулировать в соответствии с расписанием болезней, утвержден-

ных приказом МО
ководствуются ста
(и пояснения к ни
Военно-врачеб
ся ВВК в психиат
начальника меди
ным отделом здра
обязанностями гос
Пенсионное обеспе
социального обеспе
домости Верховно
рядке назначения
1956 г., СПП СССР
чения и выплаты
СПП СССР, 1964,
жа, группы инвали
высших, средних ст
пирантам и клиниче
в учебное заведени
стойкой утраты т
II группы — 45 руб
1973, № 25, ст. 52
от причины инвали
ся (СПП СССР,
Патронажное
психиатрическими
чает пенсии или ор
в долечивании в у
(приказ МЗ СССР
хически больных»;
утвержденное МЗ
ст. 144). Работники
вают семьи и колх
ронаж, проводят
заклучают с ними
за патронируемым
(приложение 9).
В Дома инвал
валиды I и II гру
слабоумием и исход
печения по месту ж
атрического учрежд
ме инвалидов. По
разрабатываются и
Судебно-психи
Проявляя боль
больных, советское
просам судебно-пс
ется: 1) освобожд
2) недопущение св

ных приказом МО СССР. В экспертной работе врачи-психиатры руководствуются статьями № 1—12, 16, 59, 75 Приложения к приказу (и пояснения к ним).

Военно-врачебная психиатрическая экспертиза может проводиться ВКК в психиатрических лечебных учреждениях по распоряжению начальника медицинского отдела округа и по согласованию с местным отделом здравоохранения. Такие ВКК пользуются правами и обязанностями госпитальных ВВК.

Пенсионное обеспечение по инвалидности осуществляется органами социального обеспечения по Закону о государственных пенсиях (Верховного Совета СССР, 1956, ст. 313; «Положение о порядке назначения и выплаты государственных пенсий» от 4 августа 1956 г., СПП СССР, 1957, № 1, ст. 1; «Положение о порядке назначения и выплаты пенсий членам колхозов» от 17 октября 1964 г., СПП СССР, 1964, № 20, ст. 128) в зависимости от трудового стажа, группы инвалидности и размера заработной платы. Учащимся высших, средних специальных учебных заведений, училищ, школ, аспирантам и клиническим ординаторам, не работавшим до поступления в учебное заведение, пенсии назначаются в зависимости от степени стойкой утраты трудоспособности: инвалидам I группы — 70 руб., II группы — 45 руб. и III группы — 21—25 руб. в месяц (СПП СССР, 1973, № 25, ст. 52). По уходу за инвалидами I группы (независимо от причины инвалидности) выделяется дополнительно 15 руб. в месяц (СПП СССР, 1973, № 25, ст. 143).

Патронажное обеспечение психически больных осуществляется психиатрическими учреждениями в случаях, если больной не получает пенсии или она не превышает 30 руб. в месяц и он нуждается в долечивании в условиях семьи или производственного коллектива (приказ МЗ СССР № 234 от 20 мая 1960 г. «О патронаже для психически больных»; «Положение о патронаже психически больных», утвержденное МЗ СССР 20 мая 1960 г.; СПП СССР 1973, № 25, ст. 144). Работники патронажа психиатрических учреждений подыскивают семьи и колхозы, в которые можно устроить больных на патронаж, проводят инструктаж семей и членов правления колхоза, заключают с ними договоры, осуществляют медицинское наблюдение за патронируемыми больными и контроль за выполнением договора (приложение 9).

В Дома инвалидов для психически больных направляются инвалиды I и II групп и психически больные пожилого возраста со слабоумием и исходными состояниями через отдел социального обеспечения по месту жительства на основании заключения ВКК психиатрического учреждения о возможности пребывания пациента в Доме инвалидов. Показания и противопоказания для их направления разрабатываются и утверждаются МСО УССР.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Проявляя большую заботу о правовых гарантиях психически больных, советское здравоохранение уделяет большое внимание вопросам судебно-психиатрической экспертизы, целью которой является: 1) освобождение от уголовной ответственности невменяемых; 2) недопущение свидетельских показаний душевнобольных, которые

могут оговорить вследствие болезни невиновных лиц; 3) освобождение от наказания осужденных, заболевших психическим заболеванием в период пребывания в местах лишения свободы; 4) защита гражданских прав психически больных. Поэтому судебно-психиатрическая экспертиза находится не в системе органов юстиции, а, в соответствии со ст. 51 «Основ законодательства СССР и Союзных республик о здравоохранении» (1969), в ведении органов здравоохранения.

Судебно-психиатрической экспертизе подлежат обвиняемые, потерпевшие и свидетели (в уголовном процессе), истцы и ответчики (в гражданском процессе), в психической полноценности которых возникают сомнения в связи с заявлениями родственников, знакомых, свидетелей об отклонениях в поведении в быту и во время совершения преступления, а также в связи с тем, что они обучались в школах для умственно отсталых, были освобождены от военной службы или имеют инвалидность вследствие психического заболевания, лечились по этому поводу амбулаторно или стационарно, правонарушение совершали немотивированно, демонстративно, нелепо, неправильно ведут себя на допросах и после задержания, оговаривают себя и других, проявляют во время следствия повышенную внушаемость, эмоциональную несдержанность или равнодушие к своей судьбе.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится судебно-психиатрическими экспертными комиссиями (СПЭК), которые организуются органами здравоохранения (республиканскими, областными или городскими) на базе психиатрических больниц, диспансеров, институтов. В их состав входит не менее трех экспертов-психиатров. Эксперт-психиатр дает оценку фактам, устанавливает их связь с другими обстоятельствами дела и разъясняет следствию и суду значение полученных данных. Следствие или суд могут привлечь в качестве специалиста (не эксперта) любого врача-психиатра для выяснения отдельных вопросов, требующих специальных знаний. Врач-психиатр, участвуя в судебно-следственных действиях в качестве специалиста, дает письменное заключение о признаках нарушения психической деятельности у обследуемого и, не давая диагностических или экспертных заключений, рекомендует или не рекомендует назначить судебно-психиатрическую экспертизу, определяет возможность допросить обследуемого, этапировать его в суд.

Организация и порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы в СССР изложены в «Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР» от 27 октября 1970 г. Ходатайствовать о проведении экспертизы могут сам обвиняемый, пострадавший, истцы и ответчики, их родственники, прокурор и защитник в судебном заседании.

Направлять на судебно-психиатрическую экспертизу могут только следователь, дознаватель и суд, при этом выносится постановление (суд — определение) о производстве судебно-психиатрической экспертизы, в котором излагаются мотивы направления на экспертизу и ставятся вопросы экспертам. Вместе с постановлением экспертам направляются материалы следственного дела. Экспертизу можно проводить амбулаторно, стационарно, у следователя и в суде, заочно или посмертно. В экспертизе участвует не менее трех врачей-психиатров (экспертов-психиатров). Один эксперт-психиатр может давать заключение лишь в суде и у следователя.

Амбулаторная
комиссия, орган
гических диспанс
ное помещение
предусмотрен
ловными делами
туемых, амбулат
случаях — акт о

Стационарная
обычно в специа
рых находятся
ответчики прохо
больниц. Испыту
приняты на ста
прокурора (ст.
ционарного обл
срок сделать ок
ным, СПЭК вын
длить срок обл

Экспертиза
к консультации
какие вопросы
лы для выясне

Экспертиза
сней или предс
хождении мнен
мые, которым
никли какие-ли
судебного сле
до начала су
ного дела, во
стями поведе
задает вопрос
зан составить
тельные вопро
няемого. Псих
специалиста, м
детель.

Заочная
по материала
доставить его
торого оспари
чаях — при п
вании судебн
писем, харак
тации. При з
положительн

Невменя
законодатель
ного кодекса
ветственность
опасного де
не могло от

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза проводится комиссией, организуемой при областных (городских) психоневрологических диспансерах или больницах. Комиссия должна иметь отдельное помещение (комнату) для экспертизы заключенных. В штате предусмотрен регистратор, ведущий документацию. Знакомясь с уголовными делами и освидетельствуя затем (обычно однократно) испытуемых, амбулаторная СПЭК составляет акт экспертизы, в сложных случаях — акт о необходимости стационарного обследования.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится обычно в специальных судебно-психиатрических отделениях, в которых находятся только обвиняемые. Потерпевшие, свидетели, истцы, ответчики проходят стационарную экспертизу в общих отделениях больниц. Испытуемые, не содержащиеся под стражей, могут быть приняты на стационарное обследование только при наличии санкции прокурора (ст. 205 УПК УССР) или определения суда. Срок стационарного обследования не превышает 30 дней. Если в указанный срок сделать окончательное заключение не представляется возможным, СПЭК выносит мотивированное решение о необходимости продлить срок обследования и сообщает об этом следствию или суду.

Экспертиза у следователя проводится редко и обычно сводится к консультации, есть ли необходимость в экспертизе, какого вида, какие вопросы поставить перед экспертами, какие нужны материалы для выяснения интересующих следствие обстоятельств.

Экспертиза в суде может проводиться одним экспертом, комиссией или представителями различных экспертных комиссий при расхождении мнений или сложности экспертизы. Ей подлежат обвиняемые, которым уже проводилась экспертиза, если во время суда возникли какие-либо вопросы, неясности, а также в случаях, когда до судебного следствия экспертиза не проводилась. Эксперт-психиатр до начала судебного следствия знакомится с материалами уголовного дела; во время судебного следствия — наблюдает за особенностями поведения обвиняемого, его ответами, с разрешения судьи задает вопросы обвиняемому, свидетелям, потерпевшим. Эксперт обязан составить письменно заключение, а также отвечать на дополнительные вопросы суда, прокурора, адвоката, потерпевшего и обвиняемого. Психиатр, участвовавший в процессе следствия в качестве специалиста, может быть допрошен в судебном заседании как свидетель.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза проводится только по материалам дела в случаях гибели обвиняемого, невозможности доставить его на экспертизу, смерти завещателя, дееспособность которого оспаривается, по делам о самоубийствах, в некоторых случаях — при повторных экспертизах. Заключение выносится на основании судебно-психиатрического анализа свидетельских показаний, писем, характеристик, предсмертных записок, медицинской документации. При заочной (посмертной) экспертизе иногда выносится предположительное заключение.

Невменяемость в соответствии со ст. 11 «Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик» (ст. 12 Уголовного кодекса УССР) определяется так: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими

вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния». В этом определении невменяемости имеется два критерия — медицинский и юридический. Медицинский критерий содержит основные обобщающие признаки психических расстройств: хроническая душевная болезнь, временное расстройство психической деятельности, слабоумие и иные болезненные состояния. Однако для признания невменяемости необходимо также установить глубину и степень психического расстройства, определить время начала заболевания и его окончания, если оно прошло.

Состояние невменяемости устанавливается лишь в том случае, когда, наряду с медицинским критерием, имеется и юридический (психологический), при котором тяжесть психических расстройств лишает человека возможности отдавать себе отчет в своих действиях (интеллектуальный признак юридического критерия) или руководить ими (волевой признак юридического критерия). Невменяемость определяется только на период совершения инкриминируемого деяния. Поскольку степень выраженности психических расстройств у больного может изменяться, — может изменяться и заключение о его невменяемости в сторону вменяемости и наоборот (при совершении повторных правонарушений). При повторном правонарушении необходима повторная судебно-психиатрическая экспертиза.

Экспертиза психического заболевания, развившегося у обвиняемого после совершения преступления, во время следствия. В соответствии с ч. II ст. 12 УК УССР, признаваясь вменяемым в период совершения преступления, обвиняемый до выздоровления направляется судом на принудительное лечение, а после выздоровления привлекается к уголовной ответственности. Если заболевание приобретает затяжной характер, появляются признаки прогрессивности, его приравнивают к хроническому заболеванию и уголовное дело прекращается. Не всегда легко решить, когда началось психическое заболевание — до или после совершения преступления. В этих случаях определение вменяемости откладывается до выздоровления обвиняемого.

Методика судебно-психиатрического исследования. Эксперт-психиатр знакомится с материалами следственного дела, характеризующими личность подэкспертного, его поведение до, во время и после совершения преступления, изучает свидетельские показания, характеристики, медицинскую документацию, военный билет, пенсионную книжку, письма, дневники. Если какие-либо данные в материалах дела отсутствуют, эксперт имеет право запросить их у следователя или суда и отказаться от проведения экспертизы, если все необходимые для вынесения решения материалы не представлены. Кроме того, эксперт должен также требовать предоставления следствием и судом данных других проводившихся по этому делу экспертиз и учитывать их при вынесении решения. При автодорожном правонарушении очень важны данные автотехнической экспертизы, по которым, анализируя действия водителя, можно судить о его психическом состоянии в тот период. Данные криминалистической экспертизы позволяют судить о способе совершения криминального действия и, таким образом, о психическом состоянии подэкспертного. По материалам бухгалтерской экспертизы можно судить о способе совершения хищений, методик «вуалирования» учетной документа-

ции, характере мер предосторожности; лишь после этого можно сделать заключение о психическом состоянии подэкспертного. Данные судебно-медицинской экспертизы о способе, орудиях, характере нанесения телесных повреждений чрезвычайно важны для характеристики психического состояния обвиняемого.

Полученные из материалов следственного дела данные эксперт сопоставляет с данными клинического обследования и решает вопрос об их соответствии, о психическом состоянии подэкспертного как в период экспертизы, так и в период совершения правонарушения. В случае признания подэкспертного невменяемым определяются меры медицинского воздействия.

Заключение судебно-психиатрической комиссии оформляется в виде акта экспертизы (учетная форма № 100/у), правила составления которого указаны в приложении к «Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы» от 27 октября 1970 г. Чтобы акт был понятен работникам следствия и суда, следует избегать специальных терминов или объяснить их значение. После вводной части приводятся подробные сведения об испытуемом (наследственность, развитие в детстве, учеба, характер, семейная жизнь, перенесенные болезни, где лечился, как совершил преступление). Данные со слов испытуемого подтверждаются (или опровергаются) данными следственного дела, медицинской документацией. Приводятся данные соматического, неврологического и лабораторного обследований, описание психического состояния в период обследования. Затем следует мотивировочная часть акта, в которой эксперты оценивают полученные данные и обосновывают свое решение. В заключении даются ответы на поставленные следствием и судом вопросы. Если при экспертизе устанавливаются обстоятельства, о которых не было известно следствию, следует указать на эти обстоятельства в заключении.

Акт подписывается всеми членами комиссии. Если кто-либо из экспертов не согласен с заключением комиссии, он излагает свое особое мнение письменно. С заключением экспертизы следствие или суд могут не согласиться. В таком случае выносится постановление (определение) о назначении повторной экспертизы, в котором мотивируется несогласие с заключением экспертной комиссии. Повторная экспертиза поручается обычно экспертной комиссии другого психиатрического учреждения или того же учреждения, но в другом составе. В тех случаях, когда экспертное заключение недостаточно ясно и полно или когда после проведения экспертизы выясняются новые обстоятельства, которые не были известны экспертам и не оценивались ими, назначается дополнительная экспертиза, которая поручается комиссии в том же составе. Допускается допрос эксперта по поводу составленного им заключения в связи с дополнительно возникшими у следствия вопросами.

Судебно-психиатрическая экспертиза при различных видах психических заболеваний. Шизофрения. Из больных, признаваемых невменяемыми, до 50% составляют больные шизофренией. Их агрессивные действия обычно обусловлены бредовыми идеями преследования или воздействия, отражают галлюцинаторные переживания и направлены, главным образом, на родных и лиц ближайшего окружения, с действиями которых они связывают свое положение «преследуемых». Для больных шизофренией характерны жестокость, отсутствие жа-

лости к жертве, нелепые мотивации и поведение во время совершения правонарушения.

Больные шизофренией могут совершать общественно опасное деяние по заранее намеченному плану, соблюдать предосторожность, уничтожать следы содеянного. В силу эмоциональной холодности и жестокости они иногда становятся лидерами преступных групп. В результате изменения личности у них может развиваться социальная дезадаптация, чему способствуют антиобщественные установки до болезни, потеря связей с семьей, с трудовым коллективом. Они могут бродяжничать, совершать кражи, правонарушения по бытовым мотивам, не связанным с патологическими переживаниями, злоупотреблять алкоголем. Влияние судебно-следственной ситуации привносит в структуру психоза психогенные наслоения, искажающие картину шизофрении, маскирующие ее симптомы, что может привести к неверной диагностике и ошибочной экспертной оценке. Больные обычно признаются невменяемыми, а в редких случаях стойкой ремиссии «А» — вменяемыми.

Циркулярный психоз. При экспертизе должно учитываться то, что психотические фазы начинаются обычно постепенно, не всегда резко выражены и трудно установить время начала приступа и наличие его проявлений при совершении правонарушений. Характер правонарушения обычно отражает или переоценку своих возможностей и недостаточную критичность при маниакальных состояниях, или депрессивные проявления, реализующиеся иногда в гомицидных актах по отношению к своим детям и близким.

Эпилепсия. Следует установить, был ли какой-либо эпилептический пароксизм или его эквивалент в период совершения преступления, глубину эпилептических изменений психики. Эпилептическая сущность состояния нарушенного сознания, особенно если оно является дебютом эпилепсии, подтверждается следующими признаками: внезапное, без внешних поводов изменение поведения, дезориентировка, предшествующее этому состоянию злобно-тоскливое настроение, внезапное сужение круга восприятий, быстрая смена упорядоченного поведения бессмысленными действиями и нелепыми высказываниями; при этом внешние раздражители не оказывают влияния на поведение, а в ответах можно уловить элементы олигофазии и персеверации.

Ретроспективная диагностика сумеречного расстройства сознания может подкрепляться данными о следах разрушительных действий на месте содеянного и заключением судебно-медицинского обследования о множественности ранений, следах истязаний. Вменяемость исключается также при совершении общественно опасных действий в состоянии эпилептического припадка, эпилептического параноида, при выраженных дисфориях и глубоком эпилептическом слабоумии. Психогенное влияние судебно-следственной ситуации может временно усилить глубину эпилептических проявлений: учащаются припадки, углубляются изменения личности. В этих случаях следует обращать внимание на несоответствие эпилептических проявлений данным, имеющимся в материалах дела. В таких случаях решение о вменяемости обычно откладывается до исчезновения (в процессе лечения) реактивного состояния.

Симптоматические психозы. Следует учитывать изменчивость симптоматики, эпизодические психотические состояния, роль психо-

генного фактора в декомпенсации состояний. Трудно отграничить хронически протекающие параноиды и галлюцинозы от шизофрении. Развивающиеся вследствие симптоматических психозов психопатоподобные изменения личности, если не отмечается выраженных астенических состояний с глубокими расстройствами мышления, памяти и нарушениями критики, обычно не исключают вменяемости. Экспертная оценка интеллектуальных изменений зависит от их степени.

Внимание экспертов должны привлекать послеродовые психозы, иногда приводящие к детоубийству, эндокринный психосиндром с расстройствами влечений, состояния астении в послеоперационный период. Следует учитывать склонность больных с психическими расстройствами сосудистого генеза к психогенному усилению аффективных и интеллектуально-мнестических нарушений, что может привести к ошибочной оценке глубины этих расстройств.

Дебильность. Интеллектуальная недостаточность у больных олигофренией сочетается с эмоционально-волевыми нарушениями, которые оказывают влияние на их поведение. Учитывается возможность декомпенсации и патологических реакций у больных с дебильностью, их повышения внушаемость, степень самостоятельности и приспособляемости. При выраженной дебильности вменяемость исключается, при умеренной и легкой — испытуемые признаются вменяемыми.

Алкоголизм и алкогольные психозы. До 25% направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу составляют больные алкоголизмом. Совершение преступления в состоянии алкогольного опьянения не освобождает от наказания (ст. 14 УК УССР). Случаи утяжеленных форм опьянения («псевдоэпилептоидное» и «псевдопараноидное» по Качаеву), амнестические формы опьянения также не исключают вменяемости. Вменяемость исключается только при так называемом патологическом опьянении — сумеречном расстройстве сознания, развивающемся после приема алкоголя. Оно возникает обычно у лиц, не злоупотребляющих алкоголем, преимущественно после небольших доз спиртного, при наличии временно ослабляющих факторов (бессонная ночь, усталость, охлаждение, астения в связи с незначительной инфекцией, психическая травма). Для патологического опьянения характерна диссоциация между глубоко нарушенным сознанием и сохранностью моторики: движения точные, речь четкая, немногословная, лицо бледное, выражает ужас. Поведение и высказывания отражают брегово-галлюцинаторное восприятие окружающего. Быстро наступает глубокий сон («критический сон») с последующей амнезией всего периода патологического опьянения или с фрагментарными воспоминаниями о патологических переживаниях этого периода.

У лиц с последствиями органического поражения головного мозга однократное употребление алкоголя может привести к развитию сумеречных состояний, при которых, в отличие от патологического опьянения, физические признаки опьянения сохраняются. При этих состояниях вменяемость также исключается. Больные хроническим алкоголизмом признаются вменяемыми и в соответствии со ст. 14 УК УССР должны принудительно лечиться по месту отбытия наказания. Если следствием или судом вопрос о вменяемости не ставится, свидетельствовать обвиняемых могут районные комиссии наркологов. Невменяемыми признаются только больные с явлениями глубокого алкогольного слабоумия или совершившие преступление в состоянии алкогольного психоза. Важно установить, когда развился алкоголь-

ный психоз — до или после совершения преступления и задержания. Диагностируя у задержанного белую горячку, врач обязан дать заключение о необходимости немедленной госпитализации в психиатрический стационар, применив на месте все средства для купирования делириозного состояния. Трудно отграничить алкогольный бред ревности от сверхценных идей ревности и обычной ревности больных алкоголизмом.

Психопатии. Психопатические реакции непсихотического характера обычно не исключают вменяемости. Однако при глубокой психопатии, совершении общественно опасных действий в состоянии фазы декомпенсации, паранойальном развитии вменяемость исключается.

Реактивные психозы — псевдодеменция, пуэрилизм, психогенный ступор, бредоподобные фантазии — довольно часто наблюдаются в судебной практике. Важно установить время возникновения реактивного психоза (до или после совершения преступления). В судебной ситуации реактивные психозы могут приобретать затяжное течение, при котором психогенный фактор теряет свое значение, а все большую роль в клинической картине играет соматическое состояние. При патологическом опьянении, патологическом аффекте и реакциях «короткого замыкания» вменяемость исключается. К группе так называемых исключительных состояний относятся также эпизодические сумеречные состояния и патологическое просоночное состояние.

Эпизодические сумеречные расстройства сознания в отличие от эпилептических возникают у лиц с нерезко выраженной органической недостаточностью мозга, нередко в связи с психогенными или экзогенными влияниями, характеризуются меньшей глубиной нарушения сознания, могут повторяться.

Патологическое просоночное состояние представляет собой состояние неполного пробуждения, при котором наступающее двигательное расторможение не сопровождается прояснением сознания. Продолжающиеся устрашающие сновидения вызывают агрессивно-защитные действия, нередко приводящие к тяжелым правонарушениям. Иногда сохраняется воспоминание о сновидении с амнезией содеянного. При этих состояниях вменяемость исключается.

Симуляция, аггравация, диссимуляция психических заболеваний. Различают истинную симуляцию (у психически здоровых лиц) и симуляцию на патологической почве (у лиц с психическими отклонениями). Последняя наблюдается чаще. Различают предварительную симуляцию, когда еще до привлечения к ответственности преступник симулирует психическое заболевание, создавая себе психиатрический анамнез; симуляцию в период совершения преступления и последующую, или метасимуляцию, когда воспроизводятся перенесенные в прошлом психотические состояния. Возможны симуляции анамнеза и психического статуса.

При симуляции обычно отсутствует целостная картина болезни, имеются изолированные симптомы, часто несовместимые, отсутствует динамика заболевания, характерны нелепость, грандиозность симптомов, несоответствующая аффективность, вычурность, демонстративность, однообразие поведения. Выявлению симуляции способствуют патопсихологические и лабораторные исследования. Возможна аггравация — усиление степени имеющейся патологии. Следует помнить и о диссимуляции, когда больной скрывает свои психотические переживания для того, чтобы попасть в тюрьму или «скрыться» там

от мнимых преследователей, выступить на суде с разоблачением своих недругов, добиться отмены принудительного лечения. Очень важно своевременно выявить скрываемые больным психические расстройства и не допустить осуждения душевнобольного или преждевременной отмены ему принудительного лечения.

Принудительное лечение проводится в соответствии с «Инструкцией о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния» МЗ СССР от 14 ноября 1967 г. Оно назначается только судом и осуществляется по месту жительства больного. Больной может быть принят на принудительное лечение только при наличии определения суда, копии акта экспертизы и личных документов больного. Принудительное лечение проводится в психиатрических больницах общего и специального типа. Больные помещаются в общие отделения в зависимости от своего психического состояния. Больным проводится все необходимое лечение, устанавливается при необходимости инвалидность, решаются семейные и бытовые вопросы. Особое внимание уделяется реабилитационным мероприятиям. В случаях побега больного сообщают в прокуратуру и отделение милиции того района, где находится больница. Не реже одного раза в 6 мес больного свидетельствует комиссия врачей больницы и, если больной перестает быть общественно опасным, имеет родных и жилье, составляется акт (учетная форма № 104/у) об отмене принудительного лечения и больного направляют с представлением администрации в суд. Только после получения определения суда об отмене принудительного лечения больной переводится на лечение на общих основаниях, а при показаниях выписывается. За 10 дней до выписки извещение об этом направляется в психоневрологический диспансер и райотдел милиции по месту жительства больного. За время принудительного лечения (как и за время экспертизы) больничный листок не выдается. Если больной был признан вменяемым и направлен на лечение в связи с психическим заболеванием, возникшим после совершения преступления, после выздоровления следствие возобновляется.

Профилактика общественно опасных действий психически больных (Приказ МЗ СССР и МВД СССР от 15 мая 1969 г.) проводится во всех психоневрологических учреждениях. В диспансерах, отделениях и кабинетах имеются картотеки больных, представляющих общественную опасность. За этими больными осуществляется наблюдение не реже одного раза в месяц. В случае, когда больной становится общественно опасным, его госпитализируют в порядке неотложной помощи. («Инструкция по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность», утвержденная МЗ СССР от 26 июля 1971 г. № 06—14/43).

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших может проводиться амбулаторно и в стационаре (только в общих отделениях больницы) с согласия подэкспертных или по решению суда. Определяется, может ли подэкспертный по своему психическому состоянию правильно воспринимать факты окружающей действительности и правильно интерпретировать их в суде. При этом иногда констатируются оговоры и самооговоры вследствие повышенной внушаемости, амнезий, конфабуляций и псевдореминисценций. Дается заключение о состоянии потерпевших, о связи их заболевания с нанесенной им психической и физической травмой.

Судебно-психиатрическое освидетельствование осужденных проводится обычно психиатрами, работающими в системе МВД, но иногда приглашаются и психиатры учреждений здравоохранения. В исправительно-трудовых учреждениях у больных эпилепсией могут участиться припадки, развиваться ее эквиваленты, наступить очередная фаза циркулярного психоза, развиваться реактивный психоз, декомпенсация (при органическом психосиндроме и психопатии); впервые обнаружиться и хроническое психическое заболевание (шизофрения, прогрессивный паралич). Такие больные направляются на лечение в больницы специального типа. Если психические расстройства имеют временный характер, больной после излечения возвращается в ИТУ, если заболевание оказалось хроническим, суд освобождает больного от дальнейшего наказания и направляет на принудительное лечение.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе определяет дееспособность психически больных — могут ли они в результате душевной болезни или слабоумия понимать смысл и значение своих действий или руководить ими (ст. 16 ГК СССР). Направляет на экспертизу для определения недееспособности только суд. Лицу, признанному судом недееспособным, опекуном советом райисполкома назначается опекун, который следит за выполнением больным лечебных назначений, а при ухудшении состояния — госпитализирует его.

Психические нарушения могут стать причиной необдуманных сделок (купли, продажи, дарения), которые в случае признания больного недееспособным считаются недействительными. Недействительным признается и брак, если в момент вступления в брак один или оба супруга были недееспособными. При решении вопроса о возможности воспитывать ребенка следует учитывать прогноз заболевания, степень его выраженности, отношение больного к ребенку. Составленное недееспособным лицом завещание также признается недействительным.

Лица, хронически злоупотребляющие спиртными напитками или наркотическими веществами и вследствие этого ставящие себя и свою семью в тяжелое материальное положение, признаются ограниченно дееспособными (ст. 15 ГК СССР). Такому лицу назначается попечитель, без согласия которого это лицо не может совершать имущественных сделок, получать на руки зарплату и т. п.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних наиболее часто сталкивается с состояниями умственного недоразвития, психопатиями, психопатоподобными состояниями вследствие органического поражения головного мозга, явлениями психического инфантилизма. Наивная мотивация своих поступков, недостаточное предвидение последствий своего деяния, впечатлительность, упрямство, неустойчивость взглядов, быстрая смена интересов, повышенная возбудимость, внушаемость, склонность к фантазированию, затруднения приспособляемости могут быть свойственны и здоровым подросткам в пубертатный период. Однако эти особенности психической деятельности подростков нередко вызывают сомнения у судебно-следственных органов. Учитывая это, Постановлением пленума Верховного суда СССР от 15 марта 1971 г. предусмотрено проведение несовершеннолетним правонарушителям в таких случаях психолого-психиатрической экспертизы (в экспертной комиссии кроме психиатра имеется психолог). Вследствие описанных психологических особенностей по-

казания подростков на
жать события, невинные
сятельства, в связи с
психическом инфанти
прос, достиг ли подро
развитию, периода уго
бо опасных преступлени
с 14 лет, при остальных
14-летнего возраста.

Глава 7

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИ

Реабилитация психическ
социально-экономическ
гических, психологическ
ленных на предупрежде
водящих к временной и
нее и эффективное возв
к общественно полезн
(РМ) способствуют пре
питализации, восстано
микросоциальным окру
водящих к нарушению
прежде всего ресоциали

Основные термины

щемединской и в том
ляется по отношению
Оно относится к личн
ния занимал активное
является социально-тр
слову реабилитация «с
реабилитацию с понят
ская реабилитация») —
ние является частью
а «ресоциализация» —
ным критерием реби
ства к личности больн
реабилитации самого
может только общест
ции, при которой боль
новления прерванных
довом коллективе на
возможностям. Понят
по отношению к деть
способлены в быту, с
усилиями не могут во
ношения.

Социальная адап
вое приспособление, д
усилиями больного, д
дефектах — врожденн

казания подростков на следствии могут меняться, неправильно отражать события, невинные действия расцениваться как преступные посягательства, в связи с чем возможны оговоры и самооговоры. При психическом инфантилизме перед экспертом может возникнуть вопрос, достиг ли подросток возрастного, по своему психическому развитию, периода уголовной ответственности. При совершении особо опасных преступлений к уголовной ответственности привлекаются с 14 лет, при остальных — с 16 лет. Вменяемость определяется с 14-летнего возраста.

Глава 7

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Реабилитация психически больных — это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, правовых и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. Реабилитационные мероприятия (РМ) способствуют предупреждению явлений госпитализма и регоспитализации, восстановлению взаимоотношений между больным и его микросоциальным окружением. При психических заболеваниях, приводящих к нарушению социальных связей, реабилитация является прежде всего ресоциализацией.

Основные термины и понятия. Понятие «реабилитация» в общемедицинской и в том числе психиатрической практике не употребляется по отношению к детям, отдельному органу или его функции. Оно относится к личности больного, который к моменту заболевания занимал активное положение в обществе. Реабилитация всегда является социально-трудовой, что делает излишним добавление к слову реабилитация «социально-трудовая». Не следует отождествлять реабилитацию с понятиями «восстановительное лечение» («медицинская реабилитация») и «ресоциализация». Восстановительное лечение является частью, начальной стадией (этапом) реабилитации, а «ресоциализация» — ее заключительной стадией (этапом). Основным критерием реабилитации является активное отношение общества к личности больного, так как при активном участии в процессе реабилитации самого больного реабилитировать его как личность может только общество. В этом отличие реабилитации от реадaptации, при которой больной прилагает собственные усилия для восстановления прерванных или нарушенных связей в семье, обществе, трудовом коллективе на прежнем уровне или уровне, адекватном его возможностям. Понятие «реадаптация» может применяться также по отношению к детям и подросткам, которые были достаточно приспособлены в быту, обучались в школе, однако самостоятельными усилиями не могут восстановить временно утраченные умения и отношения.

Социальная адаптация — первичное, активное бытовое и трудовое приспособление, достигаемое преимущественно самостоятельными усилиями больного, как правило, при практически неустраняемых дефектах — врожденных или развившихся в раннем детском возрас-

сте. Мероприятия (медико-дефектологические, педагогические и другие) по первичному социально-бытовому приспособлению детей с нервнопсихическими заболеваниями могут быть названы абитацией.

Основные принципы реабилитации: 1) максимально раннее начало; своевременность восстановительных мероприятий способствует предотвращению прогрессирования заболевания, развития психического дефекта и инвалидизации, сокращению сроков нетрудоспособности; 2) активная работа с больными на всех этапах течения и лечения заболевания с учетом биологических особенностей его организма, патогенеза и клиники психического заболевания, а также социально-психологических факторов и жизненного положения больного; 3) объединение усилий врача и больного, сотрудничество между ними (принцип партнерства по Кабанову), направленные на активное привлечение больного к участию в восстановлении утраченных или ослабленных функций и социально-трудовых связей; 4) дифференцированность и разноплановость мероприятий; принципы реабилитации остаются общими, тогда как пути, методы и цели реабилитации могут варьировать в зависимости от различных конкретных обстоятельств. В одних случаях это лишь уменьшение степени ухода за больными или приспособление его к жизни во внебольничных условиях (бытовое приспособление и восстановление), в других — изменение профессии и приспособление к ней (трудовое приспособление) либо возвращение на прежнюю работу по специальности с восстановлением в полном объеме социальных связей (социально-трудовое восстановление); 5) сближение и преемственность в проведении реабилитации между учреждениями стационарной и внебольничной помощи с учреждениями социального обеспечения, просвещения, общественными организациями, ведомствами и производственными объединениями; 6) непрерывность, последовательность и ступенчатость: постепенное увеличение и усложнение задач по жизненно-трудовому приспособлению и восстановлению, перестройке и ликвидации патологических стереотипов.

Этапы реабилитации: 1) начальный — восстановительной терапии, 2) ресоциализации. Основной задачей первого этапа является активизация сохранных свойств личности и компенсаторных механизмов, предупреждение формирования психического дефекта, инвалидизации, явлений госпитализма, а также устранение или уменьшение указанных изменений. Комплекс мероприятий этого этапа проводится в условиях стационара и лечебно-трудовых мастерских. При этом основная роль принадлежит биологическим методам лечения, физиотерапии, ЛФК с включением элементов воздействия средой (культура, лечение занятостью, недифференцированная трудовая терапия, приобщение к коллективу и самообслуживанию). При положительных результатах вводится дозированная дифференцированная трудовая терапия. Второй этап включает бытовое и жизненно-трудовое (социальное) приспособление, усиленное восстановление социального положения личности. При этом биологические методы лечения назначаются в объеме поддерживающей или купирующей терапии; дифференцированная трудовая терапия дополняется трудовой ориентацией и переориентацией — выработкой трудовых навыков, обучением, переобучением, выбором профессии, помощью в правовых вопросах, повышением социальной активности, утверждением больного как личности в семье и коллективе, организацией правильных отношений (взаимоотношений) больного и его окружения.

Контингент
тов для реабили
тации не безгра
ных мероприяти
литации в соотв
Учитываются п
личностном, с
процесса, харак
ния своего состо
одолению явлен
та. Профессиона
культуры могут
имеют решающе
ремиссии и полн
альные связи, ка
ционных меропр
мер, направленн
шении больного
ческих состояни
торно-бредовых
форм), реабилита
ния этих состоя
ся на 3 группы
изменениями ли
тологическими п
ниями, длитель
менцией. Практи
многих больных
большим, чем с
больных во мно
ного (опасливо
отсутствия науч
литационных ме
ность» этих бол
Эффективно
ческим, социаль
раметрам. Клини
предусматривае
уровне психичес
щие активно ве
отношения с ро
интересы; 2) ра
условиях облегч
эффективно вед
жающих, круг
возможности к
фессиональном
трудоспособност
певаемости из-за
учебной програм
ко в условиях б
литации, на про
ем (индустриаль
хозяйстве выпол

Контингенты, подлежащие реабилитации. При подборе контингентов для реабилитации следует учитывать, что возможности реабилитации не безграничны; содержание и эффективность реабилитационных мероприятий зависят от правильного выбора программы реабилитации в соответствии с индивидуальными особенностями больного. Учитываются потенциальные возможности больного в биологическом, личностном, социально-трудовом аспектах: интенсивность и стадия процесса, характер психопатологических расстройств, степень осознания своего состояния и фактических возможностей, стремление к преодолению явлений дефекта, конкретные условия жизни, труда, быта. Профессиональная квалификация, уровень образования и общей культуры могут расширить возможности реабилитации, хотя и не имеют решающего значения. Больные, достигшие стойкой и полной ремиссии и полностью сохранившие трудовые возможности и социальные связи, как правило, не нуждаются в продолжении реабилитационных мероприятий, кроме необходимых разъяснительно-правовых мер, направленных на преодоление опасений и предрассудков в отношении больного со стороны части окружающих. При острых психотических состояниях, в том числе расстройствах сознания, галлюцинационно-бредовых синдромах (за исключением инкапсулированных форм), реабилитационные мероприятия начинаются после купирования этих состояний. Для реабилитации больные условно разделяются на 3 группы: 1) без изменений или с нерезко выраженными изменениями личности и интеллекта, а также с нестойкими психопатологическими проявлениями; 2) с выраженными дефектными изменениями, длительными эмоционально-волевыми нарушениями; 3) с деменцией. Практика показывает, что «реабилитационный потенциал» у многих больных, относимых ко второй и третьей группам, может быть большим, чем обычно предполагается. Состояние и поведение этих больных во многом зависят от ситуационных моментов, неправильного (опасливого или безразличного) отношения к ним окружающих, отсутствия научно обоснованной и активной системы лечебно-реабилитационных мероприятий, обуславливающих «социальную запущенность» этих больных.

Эффективность реабилитации оценивается по клинико-психологическим, социально-психологическим и клинико-катамнестическим параметрам. **Клинико-социальная оценка эффективности реабилитации** предусматривает 5 уровней (по Жарикову): 1) приспособление на уровне психически здоровых — успехи в работе и учебе, неработающие активно ведут домашнее хозяйство, поддерживают нормальные отношения с родными и близкими, сохраняют основные жизненные интересы; 2) работают или учатся на умеренно сниженном уровне, в условиях облегченного режима и психологической поддержки врачей, эффективно ведут домашнее хозяйство при некоторой помощи окружающих, круг интересов и возможностей сужен; 3) при сохранении возможности к регулярной или нерегулярной работе на прежнем профессиональном уровне, но с частой ее сменой профессиональная трудоспособность значительно снижена; у учащихся — снижение успеваемости из-за замедленного усвоения и необходимости повторения учебной программы; 4) больные могут систематически работать только в условиях больницы, интерната для инвалидов, центров реабилитации, на производстве под постоянным медицинским наблюдением (индустриальная терапия, щадящие условия работы); в домашнем хозяйстве выполняют отдельные поручения, способны к самообслу-

живанию; 5) бездеятельные больные с социальной дезадаптацией, нуждаются в постороннем уходе и надзоре; содержатся преимущественно в психиатрических стационарах для реабилитации больных и интернатах для инвалидов психиатрического профиля.

Для оценки и учета эффективности реабилитационных мероприятий используется следующая документация: 1) карта назначений и учета эффективности трудовой терапии, 2) карта социально-трудового анамнеза, (заполняется при поступлении больного в стационар), 3) план-маршрут реабилитации, 4) журнал учета проводимых реабилитационных мероприятий.

Эффективность реабилитационных мероприятий (РМ) в лечебно-профилактическом учреждении анализируется по следующим основным показателям: а) количество трудоустроенных больных по прежней специальности, по новой равноценной специальности, по новой специальности более низкого уровня; б) длительность непрерывного пребывания вне стационара и в стационаре; в) кратность и причины повторных поступлений в стационар; г) количество выбывших из стационара, работающих на производстве и не госпитализированных до 1 года, до 5 лет.

Учреждения, методы и формы реабилитации. Психиатрические учреждения, некоторые учреждения системы просвещения и социального обеспечения своим назначением, устройством, психологической подготовкой персонала, организацией ухода и лечения служат цели реабилитации психически больных.

Психиатрическая больница (ПБ). Реабилитационные мероприятия начинаются непосредственно при поступлении больного в стационар, проводятся ступенчато и поэтапно; больной не должен находиться в отделении больницы более минимального срока; реабилитационная работа должна проводиться в атмосфере доверия между больными и медперсоналом по типу «терапевтического сообщества», уважения личности больного, максимального поощрения его активности и самостоятельности, использования системы «открытых дверей», научно обоснованных дифференцированных режимов наблюдения и содержания. Используется система самообслуживания и самоуправления (совет больных), общественной самостоятельности (общие с сотрудниками больницы собрания, спортивные мероприятия, культурно-массовая работа), проводится рациональная групповая и индивидуальная психотерапия. Придается значение эстетическому оформлению интерьеров помещений больницы, создаются спортивно-игровые и клубные комплексы, предусматривается совместное (попалатно) пребывание мужчин и женщин в одном отделении, ношение больными собственной одежды, исключение из обихода медперсонала традиционных халатов, двухступенчатое обслуживание, свободное посещение больных родственниками и участие последних в реабилитационной работе.

Лечебно-производственные (трудовые) мастерские (ЛТМ) («Положение о лечебно-производственных (трудовых) мастерских при психоневрологических и психиатрических учреждениях», утвержденное приказом МЗ СССР № 20 от 16 января 1964 г.) — обязательное подразделение психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров, используемое для проведения дозированной трудовой терапии, трудового и профессионального обучения, переобучения с учетом степени остаточной трудоспособности, клинического и трудового прогноза, воспитания социально-трудовой активности, подготовки к самос-

тотальной трудовой деятельности вне лечебно-профилактического психиатрического учреждения. При выборе видов труда и организации производственной базы ЛТМ учитывается специфика производства данной местности; это обеспечивает трудоустройство больных по приобретенной в ЛТМ специальности. ЛТМ организует свои филиалы при отделениях больницы, дневных стационарах и диспансерах, а также труд больных на дому.

Прибольничное сельское подсобное хозяйство (ПСПХ) (приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению») — обязательное функциональное подразделение загородной психиатрической больницы, обеспечивающее мероприятия по социально-трудовому восстановлению и обучению в области сельскохозяйственных профессий психически больных сельской местности.

Психоневрологический диспансер (ПНД) — внебольничный центр реабилитации, включающий дневные и ночные полустационары, ЛТМ, специализированные кабинеты; поддерживает связь с психиатрической больницей, семьей больного, предприятием, на котором он работает, с участковой общесоматической сетью и учреждениями различных ведомств. Реабилитационную направленность имеет и работа участковых психиатров (профилактика госпитализма, создание условий для самостоятельной и нормальной жизни больного, санитарное просвещение, участие в ВКК и ВТЭК). Вопрос о направлении больного на ВТЭК решается участковым психиатром только после изучения дел на производстве и составления заключения о том, что комплексная терапия недостаточно эффективна. При этом учитывается, что преждевременное установление инвалидности психически больному наносит ущерб как самому больному, так и обществу. Существенным элементом работы психиатра диспансера является устранение «психологического барьера» между сохранным психически больным и психиатрическим учреждением, что достигается, в частности, совершенствованием системы выявления, учета и наблюдения за амбулаторными больными.

Дневной стационар (ДС) («Положение о дневном стационаре для психически больных», утвержденное приказом МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г.) — полустационарное подразделение психиатрической больницы или диспансера, используемое для реабилитации и предупреждения социально-трудовой дезадаптации больных. В ДС направляются выписанные из стационара больные с целью дальнейшего их приспособления к трудовой деятельности в обычных условиях; обеспечивает также профилактическое лечение амбулаторных больных и возможность облегченного труда. Больным, работающим на предприятиях, на период пребывания в ДС выдается листок временной нетрудоспособности; в нерабочее время больные находятся дома.

Ночной стационар (профилакторий) (НС) — полустационарное подразделение психиатрического диспансера, используемое для проведения амбулаторным больным профилактического (поддерживающего) лечения без отрыва от производства. Может иметь общие с дневным стационаром материальную базу и медперсонал.

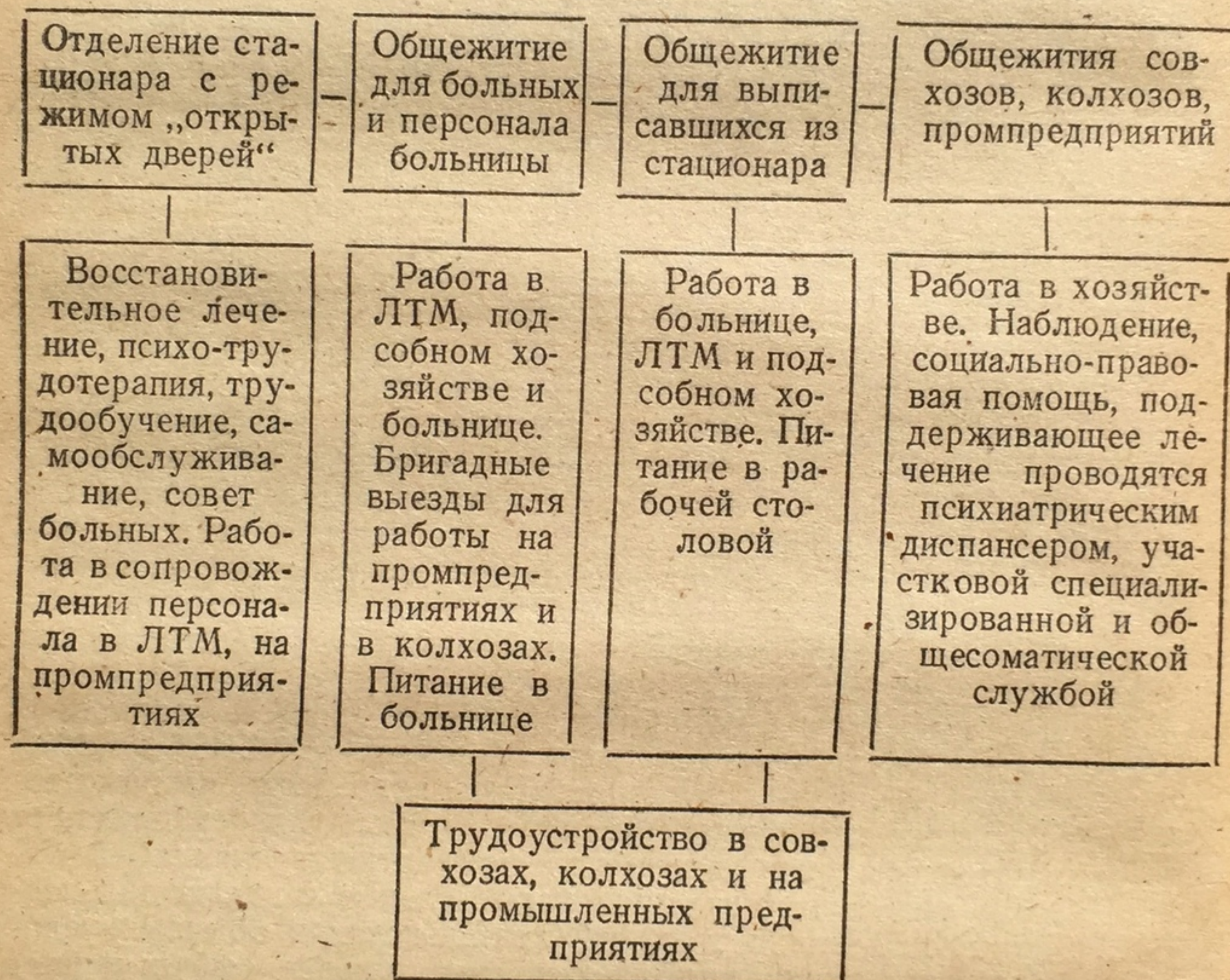
Спеццех на промышленном предприятии — предусмотренное законодательством подразделение промышленного предприятия, в котором психически больные работают в облегченном режиме под наблюдением медицинского персонала диспансера. Часть больных в даль-

нейшем трудоустраивается на данном или ином предприятии на общих основаниях. Больные, работающие в спеццехах, а также на предприятиях, имеющих их в своем составе, пользуются рядом льгот.

Общежитие при психиатрической больнице, предприятии промышленности и сельского хозяйства организуется для проживания больных, проходящих ступенчатую реабилитацию.

Наркологическое отделение на промышленном или сельскохозяйственном предприятии создается для реабилитации больных алкоголизмом; это дает возможность сочетать лечение и работу на предприятии.

Схема ступенчатой реабилитации психически больных



Дома-интернаты министерства социального обеспечения проводят реабилитацию психически больных инвалидов; при достижении эффекта их переводят на диспансерное наблюдение; предусматривается бытовое и трудовое устройство.

Вспомогательные школы-интернаты для умственно отсталых детей министерства просвещения проводят медико-педагогическую работу по формированию коллективизма, бытовых, трудовых навыков и профориентации. Школы имеют учебно-производственную базу — мастерские, подсобное сельское хозяйство. Выпускники школы могут трудоустраиваться на обычные предприятия, в спеццеха промышленных предприятий или находиться под наблюдением психоневрологического диспансера.

Детские спе
ния (для боль
педагогическую
выков и умени
вспомогательн
Патронаж
нарном лечении
Семейный
договора между
другим лицом),
коном обязатель
влять, патрони
раняющая его б
денежное пособи
ся патронажной
Колхозный и
питального этап
больницей колхоз
посильной работо
ронажное пособи
патронируемых б
ным жильем и тр

Подготовка
билитации на ка
ния медицинских
вершенствования
подготовке средн

Детские специализированные комбинаты министерства просвещения (для больных эпилепсией, психоневрозами) оказывают медико-педагогическую помощь по приобретению гигиенических, бытовых навыков и умений для перевода в обычные детские учреждения или вспомогательные школы.

Патронаж организуется для больных, не нуждающихся в стационарном лечении, но недееспособных.

Семейный патронаж оформляется заключением патронажного договора между психиатрическим учреждением и родственником (или другим лицом), добровольно взявшим на себя предусмотренные законом обязательства по отношению к больному и способным осуществлять патронирование. Семья, берущая больного на патронаж, охраняющая его благополучие и достоинство, получает от государства денежное пособие. Медицинское наблюдение и лечение обеспечивается патронажной и участковой психиатрической службой.

Колхозный или совхозный патронаж является формой постгоспитального этапа реабилитации. По договору с психиатрической больницей колхоз или совхоз обеспечивает больных общежитием и посильной работой, а больница выплачивает колхозу (совхозу) патронажное пособие и осуществляет медицинское обслуживание. Часть патронируемых больных в дальнейшем обеспечивается индивидуальным жильем и трудоустраивается в хозяйстве.

Подготовка кадров проводится путем преподавания основ реабилитации на кафедрах психиатрии и факультетах усовершенствования медицинских институтов, кафедрах психиатрии институтов усовершенствования врачей, в медицинских училищах, на курсах по подготовке средних медработников.

Часть II. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Глава 8

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Диагностика психического заболевания в рамках нозологической формы строится на основе анализа и синтеза клинических наблюдений, анамнестических данных и лабораторных исследований. Она включает ряд этапов: 1) определение ведущего симптомокомплекса (синдрома) с учетом специфичности и типичности симптомов в структуре синдрома; 2) выявление адекватной связи между симптоматикой психического расстройства по данным анамнеза и объективного обследования (статуса) больного; 4) установление причинно-следственных связей между особенностями психопатологической симптоматики и возможными этиопатогенетическими факторами — эндогенными, экзогенными, психогенными, следовыми, личностными; 5) анализ особенностей видоизменения симптоматики в процессе течения и лечения заболевания; 6) установление соответствия психопатологических расстройств данным лабораторных исследований; 7) уточнение диагноза по данным катамнестических наблюдений.

Ведущим при исследовании психически больного является метод **клинического наблюдения** — психопатологический анализ в статике и динамике болезни. Из лабораторных методов специальное значение для диагностики психических заболеваний имеют: патопсихологические, электроэнцефалографические, биохимические, генетические исследования, а также неврологическое исследование, включая нейрорентгенографию.

Нозологическая специфичность психопатологических симптомов и синдромов определяется тем, насколько они отражают патогенетическую сущность данного заболевания; кроме того, имеет значение их сочетание с другими психопатологическими проявлениями в динамике заболевания. Так, синдром деменции достаточно специфичен для шизофрении, эпилепсии, прогрессивного паралича, старческого слабоумия.

Типичность психопатологических симптомов и синдромов определяется сходством клинической картины психопатологических расстройств, возникающих по различным причинам. Так, синдром расстройства сознания чаще всего возникает при экзогенных психических заболеваниях, особенно вначале. Специфичность синдромов устанавливается путем анализа структуры синдрома и динамики его развития (алкогольный делирий, травматическая и атеросклеротическая астения). Изучение соотношения специфичности и типичности в рамках нозологической диагностики дает ключ к пониманию сущности патоморфоза заболеваний, так как специфическая природа симптомов весьма устойчива, видоизменению же подвергаются лишь типичные формы их выражения.

Дифференциальная диагностика основывается на установлении различия между сходными по симптоматике и течению психическими заболеваниями с учетом явлений патоморфоза, в том числе лекарственного (патометаморфоз). Дифференциально-диагностические кри-

терии: 1) особенности данных анамнеза; 2) возраст к началу болезни; 3) тип дебюта и темп его развития (острое, подострое, постепенное); 4) особенности клинических проявлений (ведущий синдром и его динамика, типичность и специфичность симптомов); 5) тип течения (прогредиентное, приступообразное, по типу реакции, развития, эпизода); 6) особенности выхода из болезненного состояния (ремиссия, светлый промежуток, дефектное состояние, его тип); 7) данные лабораторных исследований (биохимических, патопсихологических, электроэнцефалографических и др.); 8) данные сомато-неврологического исследования; 9) особенности отношения больного к своей болезни.

Патоморфоз — видоизменение клиники психических заболеваний. Различают: интерпатоморфоз — изменение соотношений между отдельными нозологическими единицами; интранозоморфоз — изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития, соотношения между формами течения; интрасиндромальный патоморфоз — изменение симптоматики и ее выраженности; патометаморфоз — изменение клиники заболеваний вследствие использования современных методов лечения. Считают, что патоморфоз, помимо лечения, обусловлен комплексом социальных и биологических факторов. Однако в настоящее время успешно распознаются начальные нерезко выраженные проявления психических заболеваний, в том числе так называемые атипичные, замаскированные, скрытые их формы.

Клиническая форма психического заболевания определяется при выявлении группы ведущих симптомов или ведущих синдромов, а также характера смены синдромов (патокинеза) в пределах данной нозологической единицы.

Тип течения психического заболевания определяется в зависимости от особенностей начала и тенденций развития психопатологической симптоматики, его патогенетической сущности.

Понятия «клиническая форма» и «тип течения» различны, но не противоположны, так как определение основного синдрома (формы) в структуре психического заболевания позволяет обеспечить адекватную терапию, правильное экспертное заключение и реабилитационные мероприятия на том или ином этапе течения заболевания. Определение типа течения заболевания дает возможность судить о патогенетической его сущности, назначить патогенетическую терапию, определить прогноз и разработать профилактические мероприятия.

Типы течения психических заболеваний: 1) процессуальный — характеризуется прогредиентным развитием симптоматики с образованием дефекта психической деятельности — деменции (слабоумия), специфичной для данной нозологической формы (например, шизофрения, церебральный атеросклероз и др.); возможны различные клинические варианты процессуального развития симптоматики — непрерывно-прогредиентный, ремиттирующий, рекуррентный (периодический), стационарный; процессуальное течение заболевания не исключает возможности остановки процесса, компенсации нарушенных функций (регрессиентный тип течения), особенно вследствие применения современных средств патогенетической терапии; 2) циркулярный (по типу приступов, фаз) — характеризуется чередованием психотических состояний длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и «светлых промежутков» от нескольких месяцев до нескольких лет; фаза начинается и заканчивается постепенно с выходом

в доболезненное состояние; в основе фазовых состояний лежат нарушения аффективности, связанные с особенностями преморбидной почвы, отражающей предрасположение к заболеванию (например, МДП); 3) течение по типу реакции — характеризуется прямой зависимостью развития психического расстройства от действия внешней причины (чаще ситуационного характера); на формирование клинической картины и длительность реакции оказывают влияние особенности личности, возраст, соматическое состояние (например, при психогенных заболеваниях); 4) течение по типу развития (астенического, ананкастического, ипохондрического, сутяжного, параноического, и др.) обусловлено сочетанным влиянием медленно и нерезко действующих психогенно-травматических причин и преморбидной характерологической, чаще психопатической, почвы; характеризуется постепенным, медленным накоплением психопатологических признаков (бредообразования, астенических, истерических черт и т. п.) без образования слабоумия. У лиц с последствиями черепно-мозговой травмы, органического заболевания головного мозга возможны синдромы развития; 5) течение по типу эпизода — характеризуется острым началом, чаще с расстройством сознания, кратковременным течением и выходом в доболезненное состояние (например, сумеречное состояние).

Выход из психотического состояния в зависимости от нозологической формы, типа ее течения и лечения может расцениваться как «выздоровление», «светлый промежуток», «ремиссия».

Светлый промежуток (интермиссия) — выход в доболезненное состояние с возможным повторением психотических состояний (фаз).

Ремиссия — состояние, характеризующееся различной степенью редукции продуктивных (так называемых позитивных) психопатологических симптомов при отсутствии или наличии дефицитарных признаков различной степени выраженности, наблюдающихся в клинике процессуальных психических заболеваний; ремиссия может быть спонтанной и терапевтической, полной и частичной.

Рецидив — возобновление психопатологической симптоматики после периода внешнего благополучия (ремиссия), часто с углублением дефицитарной симптоматики.

Обострение — усиление проявлений болезни в связи с текущим психическим заболеванием в основном за счет продуктивных психопатологических симптомов. Разграничение понятий «обострение» и «рецидив» имеет значение для выбора метода лечения, экспертизы и реабилитации.

Деменция (приобретенное слабоумие) — стойкое, необратимое снижение уровня психической деятельности, в первую очередь интеллектуальной, развивающееся при органических поражениях головного мозга и некоторых эндогенных процессуальных заболеваниях. Различают: 1) деменцию лакунарную, при которой вначале поражаются предпосылки интеллекта, снижение памяти носит дисмнестический характер, характерны астения, «мерцание» симптоматики, сохранение ядра личности; 2) тотальную деменцию, при которой наблюдается грубый распад личности, в первую очередь нарушаются наиболее сложные, дифференцированные функции интеллекта, диффузно поражаются все стороны интеллектуальной деятельности. Разновидность лакунарной деменции — атеросклеротическая, тотальной — сенильная. Течение деменции может быть прогрессивным (при атрофических психозах) и регрессивным (при функциональных изменениях психи-

ческой деятельности с тенденцией к обратному развитию, например, после черепно-мозговой травмы). При некоторых эндогенных психических заболеваниях развивается специфическая деменция (психический дефект), например, апатико-диссоциативный дефект — при шизофрении; амнестическо-олигофазический дефект — при эпилепсии.

Отношение больного к своей болезни определяется в процессе сбора анамнеза и психопатологического обследования как при первичном осмотре, так и в динамике заболевания. Имеет значение для ранней и дифференциальной диагностики, оценки результатов лечения, выбора методов психотерапевтического воздействия, разработки реабилитационных программ и экспертизы. При выявлении особенностей отношения больного к своей болезни учитывается не только наличие или отсутствие оценки заболевания, но и особенности эмоциональной окраски этой оценки, степень осознания болезни, особенности жалоб. При наличии рассудительного отношения (больной понимает, что он болен либо был болен) анализ жалоб позволяет уточнить, что больной выделяет среди всех симптомов болезни (существенное или второстепенное, психопатологические или соматические признаки). Так, недавно заболевшие шизофренией на первый план нередко выдвигают соматические жалобы, больные эпилепсией жалуются на припадки и только при прицельном расспросе отмечают ухудшение памяти. Учитываются особенности поведения во время обследования, лечения и трудового процесса.

В начале болезни большое значение имеет реакция личности (часто с астеническими, депрессивными, ипохондрическими компонентами) как на само заболевание, так и на госпитализацию. По мере нарастания дефективных изменений рассудительность исчезает, и отношение к болезни определяется нозологической сущностью процесса (аутистический, эйфорический, анэтический, дементный типы отношения). Отсутствие рассудительного отношения в начале болезни в форме отрицания болезни, так называемая анозогнозия, связано с наличием продуктивной психопатологической симптоматики (расстройств мышления и восприятия). При ослаблении продуктивных симптомов формируется паранозогнозия — парадоксальная оценка сущности болезни с актуализацией банальных представлений о недомогании (жалобы на головную боль, плохой сон, физическую слабость, потерю аппетита и т. п.) либо резонерское рассуждение о болезни вообще, безотносительно к самому себе. Паранозогнозию следует отличать от типа отношения в форме установочного игнорирования болезни, которое предполагает уклонение от сообщений о заболевании при понимании его сущности и причин (типично для больных алкоголизмом).

Особое значение имеет тип отношения, который связан с диссимуляцией — сокрытием еще имеющих признаков болезни в период улучшения состояния, например, при выходе из депрессивного состояния, угасании продуктивных шизофренических симптомов и появлении критики к своему состоянию в связи с желанием выписаться из стационара. Для больных с пограничной психической патологией характерны такие формы отношения, как депрессивно-астеническое, эгоцентрическое, нозофобическое, утилитарное. Эти формы отношения встречаются в клинике соматических заболеваний, а также при неврозах и психосоматических заболеваниях.

Типологическая оценка отношения больного к своей болезни является частью клинического исследования (так называемая внесимп-

томатическая диагностика по Ганнушкину). Критерий отношения имеет значение при отсутствии таких синдромов, как расстройства сознания (за исключением растерянности), психомоторное возбуждение (за исключением маниакального состояния), выраженное глобальное слабоумие.

Классификация психических болезней, принятая в СССР, опирается на клинко-нозологическую систематику с учетом сравнительно-возрастных различий (Г. К. Ушаков, 1973). Она разработана на основе Международной классификации болезней и дает возможность формулировать диагноз с учетом нозологической принадлежности, синдромологического определения состояния, клинической формы и типа течения заболевания. В соответствии с существующими требованиями врач-психиатр в первые 3 дня может ограничиться установлением синдромологического диагноза либо «рабочего диагноза», под которым понимается клиническая оценка состояния в дебюте заболевания, еще не развившегося в манифестную картину. Это позволяет наметить адекватную терапию и рациональный режим.

Шифровке подлежит заключительный (окончательный) диагноз в пределах четырех- или пятизначного шифра, отражающего полноту и всесторонность диагностического заключения. Шифровка диагностических обозначений проводится в соответствии с действующими методическими указаниями МЗ УССР.

Глава 9

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — эндогенное процессуальное психическое заболевание с различными типами течения, развивающееся преимущественно в молодом возрасте (от 15—16 до 25—30 лет) и характеризующееся постепенным нарастанием апатических изменений, распадом единства психических процессов (расщепление — диссоциация), то есть образованием специфического дефекта (апатически-диссоциативного типа), а также галлюцинаторными, бредовыми, психомоторными симптомами в различных сочетаниях и различной степени выраженности.

Эпидемиологическая справка. Распространенность в зависимости от диагностического подхода колеблется от 3—6 до 10 на 1000 населения. Первичная обращаемость в диспансеры невысока (до 10% от общего количества обращающихся), однако число больных, госпитализирующихся и находящихся в больнице, увеличивается (соответственно 25% и 50%), что объясняется особенностями течения и низкой смертностью.

Этиопатогенез изучен недостаточно. По мнению экспертов ВОЗ, при изучении этиологии шизофрении следует учитывать наследственность и факторы внешней среды.

Обязательным условием развития заболевания считается наследственная предрасположенность (90% однояйцевых близнецов конкордантны по шизофрении). Однако не все носители специфической предрасположенности заболевают шизофренией. В ее реализации участвуют и факторы внешней среды (экзогении, психогении). Полагают, что основное значение имеет искажение типа обмена веществ, характеризующееся снижением энергетического обмена (гипоргизм) и вследствие этого — пониженной реактивностью и приспособляемостью. Имеют значение также возрастной и половой фактор.

Единой патогенетической теории шизофрении нет. По одной из концепций, патогенез шизофрении связан с нарушением метаболизма — изменением азотистого обмена (увеличение уровня азота и токсических веществ типа фенол-индолов), общими нарушениями белкового и аминокислотного обмена (недостаточный синтез глутамина, нарушение обмена фенилаланина и триптофана), расстройством энергетического обмена (снижение углеводно-фосфорного обмена, фосфорилического расщепления углеводов и синтеза АТФ, слабость аэробного цикла и недостаточность ферментных систем, изменением содержания нейrogормонов с накоплением их предшественников, а вследствие этого — с блокадой адренергических рецепторов и последующей их дегенерацией).

Иммунологические исследования указывают на наличие аутоиммунных антител в крови и ликворе, однако биохимические и иммунологические тесты недостаточно специфичны.

Патофизиологические механизмы шизофрении: повышенная тормозимость клеток коркового вещества (гипноидность), рассогласованность в деятельности коры и подкорки, между сигнальными системами, склонность к инертности нервных процессов.

Клиника характеризуется симптомами, определяющими прогрессирующе-процессуальное течение заболевания (основные симптомы по Блейлеру). К ним относятся: 1) эмоциональные расстройства (апатические изменения), 2) расщепление (диссоциация) психических процессов, 3) аутизм. Эти расстройства проявляются с различной интенсивностью и нарастают по мере прогрессирования заболевания.

Апатические изменения характеризуются постепенной утратой яркости (потускнение) эмоций, уменьшением их разнообразия (выпадение эмоций), возникновением парадоксальных эмоциональных реакций (паратимии). На начальных этапах в клинической картине обнаруживается «неопределенный тип аффекта» (Я. П. Фрумкин): эмоциональные проявления, не приобретая еще явно парадоксального выражения, не имеют естественной насыщенности и подвижности в отношении жизненной ситуации, становятся однообразными, аморфными (исчезновение естественного, эмоционального резонанса); при этом отсутствуют озабоченность, смущение, адекватный интерес к своему положению и его перемене. По мере нарастания процессуальных изменений отмечается снижение инициативных побуждений (воли), бездейственное равнодушие, потеря жизненно-трудовых установок. Сохраняющиеся отдельные естественные эмоциональные проявления (часто по поводу незначительных в обыденной жизни обстоятельств) имеют изолированный характер, отражая явления расщепления (парциальность аффекта).

В дальнейшем парадоксальные формы эмоционального реагирования (неадекватность силы и качества эмоциональных проявлений) становятся преобладающими. При неблагоприятном течении процесса изменения в эмоциональной сфере могут привести к эмоциональной тупости (апатико-абулический дефект).

Расщепление (диссоциация, дискордантность, интрапсихическая атаксия) — нарушение единства психических процессов, определяющим признаком которого является утрата руководящего значения смысловых связей мыслей, чувств и действий. Проявляется в сосуществовании в поведении и высказываниях нелепо-парадоксального с реально-жизненным. При этом элементы естественного отражения жизни фрагментарны и малосущественны, а нелепо-парадоксальные

формы поведения и высказываний отражают основную патогенетическую сущность диссоциации — утрату познавательной цели и приспособительного смысла поступков и действий. На начальных этапах заболевания расщепление может проявляться в несоответствии эмоциональных, в том числе мимических, реакций высказываниям, в феноменах искажения переживания собственного «я», характеризующихся физикальными расстройствами самоощущения, наплывами мыслей (мантизм), задержками мышления, отчуждением мыслей, переживанием утраты произвольности двигательных актов. Признаком диссоциации является одномоментное сосуществование противоположных психических свойств и тенденций. Так, явления негативизма могут сочетаться с автоматической подчиняемостью, формальное мышление (невозможность отвлечения от конкретных понятий) — с символически-абстрактными построениями. Особенно четко явления диссоциации проявляются в распаде ассоциативного процесса — от явлений соскальзывания до резонерства и речевой разорванности (шизофазия). При этом в одних случаях сохраняется синтаксически правильное построение фразы при отсутствии смысловой цельности сказанного (паралогический тип мышления), в других — речь приобретает характер «словесной крошки» из-за характерного для шизофрении искажения смыслового значения слов и понятий.

Аутизм — патологическая отгороженность, оторванность от внешнего мира, утрата естественных жизненных связей (отсутствие стремления к общению и деятельности, познанию окружающей действительности). Содержание психической деятельности приобретает аутохтонный характер, формирует особенности поведения — как жизненную позицию больного в целом, так и контакт с врачом (формальный). Выраженность аутизма зависит от наличия парадоксальных эмоциональных реакций, неопределенного типа аффекта, диссоциации мышления и негативизма. Формирование аутизма, особенно его проявления и степень выраженности связаны также с галлюцинациями и бредовыми идеями.

Продуктивные симптомы (дополнительные по Блейлеру) шизофрении включают галлюцинаторные, бредовые и психомоторные расстройства с характерными, присущими процессу особенностями.

Из галлюцинаций наиболее типичны слуховые, которые могут сочетаться с обонятельными и «общего чувства». Вначале галлюцинации могут иметь фрагментарный характер (оклики), затем развивается вербальный галлюциноз в виде истинных слуховых галлюцинаций, зачастую без четкой проекции (голоса исходят из окружающего пространства, но больной не может определить направление их «источника»), зловеще-угрожающего содержания. Типичны также псевдогаллюцинации, чаще в виде «тихих» голосов, лишенных пространственной проекции (в голове, в слуховом аппарате, в грудной и брюшной полостях, «озвученные» мысли), вызывающие чувство «сделанности», насильственности (явления психического автоматизма, императивность). Шизофренические галлюцинации отражают явления расщепления, отличаются аутистическим отношением к ним, стойкостью и значительной резистентностью к терапии. Если в начале заболевания галлюцинации могут быть аффективно окрашенными, влияя на поведение больного, то в исходных стадиях болезни они приобретают монотонно-однообразный характер, однако вследствие аутохтонной природы расстройств возможно внезапное изменение поведения, вплоть до гомицидальных и суицидальных актов.

Бредовые
скового воздействи
но параноидн
проекцией рас
нический бред
да от гипонии
же сочетание
окружающей
этапах обнару
вания, отношен
вания (физичес
рование идей
преследования
ная спаянность
в одновременн
Последнее обу
течении бреда
Кататониче
сических катато
ются довольно
фоза. Чаще обн
довы синдром
сопротивления
контакта при
ряду с поддерж
кататонических
повторению одн
ность, внезапнос
ме галлюцинатор
дереализации, а
действий. Подви
нические расстр
Клинические
параноидная, ци
го психопатологи
Простая фо
признаки ее нар
терологическим
своим занятиям
ления оскудева
можны реакции
низших побужде
членам семьи. М
«плана жизни»
бы — расстройств
неврозоподобный
депрессивное зап
ленного течения
но поздно. Медик
позтому основно
(трудотерапия).
Гебефреничес
возрасте, начинае
ведением, манерн

Бредовые идеи: чаще — бред отношения, преследования, физического воздействия, реже — ипохондрический и идеи ревности. Типично параноидное бредообразование — «готовое знание», обусловленное проекцией расстройств само- и мироощущения (первичный шизофренный бред). Возможна определенная этапность в развитии бреда от гипохондрической настроенности до его «кристаллизации», а также сочетание первичного бреда и бреда толкования, интерпретации окружающей обстановки (бред параноического типа). На начальных этапах обнаруживаются варианты бреда преследования (бред толкования, отношения), затем формируется физикальный бред преследования (физического воздействия). В дальнейшем возможно формирование идей величия вследствие паралогической переработки идей преследования и галлюцинаций, в чем, в частности, проявляется тесная спаянность галлюцинаторных и бредовых симптомов не только в одновременном их появлении, но и в близости по содержанию. Последнее обуславливает возможность образования при длительном течении бреда парафренного типа.

Кататонические расстройства в настоящее время в форме классических кататонических синдромов ступора и возбуждения встречаются довольно редко, что рассматривается как проявление патоморфоза. Чаще обнаруживаются как включения в галлюцинаторно-бредовые синдромы. Наиболее характерны явления негативизма в форме сопротивления внешним побуждениям, например, отказ от речевого контакта при расспросе о содержании болезненных расстройств наряду с поддерживанием беседы на другие темы. К важным признакам кататонических расстройств относятся склонность к монотонному повторению одних и тех же высказываний и действий, импульсивность, внезапность кратковременных психотических состояний в форме галлюцинаторно-бредовых эпизодов, явлений деперсонализации и дереализации, амбивалентности и агрессивных и, реже, суицидальных действий. Подвидом кататонических расстройств являются гебефренические расстройства.

Клинические формы (простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная, циркулярная) определяются в зависимости от ведущего психопатологического синдрома.

Простая форма развивается в юношеском возрасте (16—18 лет), признаки ее нарастают медленно, исподволь и проявляются «характерологическим сдвигом» (черствость, холодность, потеря интереса к своим занятиям и привязанности к близким). Эмоциональные проявления оскудевают, становятся парадоксальными, в связи с чем возможны реакции раздражительного недовольства, высвобождения низших побуждений, вплоть до жестокости по отношению к себе и членам семьи. Мышление формальное, с резонерским обоснованием «плана жизни». Отмечаются неопределенные ипохондрические жалобы — расстройства самоощущения с резонерской оценкой. Возможны неврозоподобный и психопатоподобный варианты течения, простое депрессивное запустение (по Крепелину). Из-за непрерывного и медленного течения процесса заболевание часто диагностируется довольно поздно. Медикаментозное лечение, как правило, малоэффективно, поэтому основное значение имеют реабилитационные мероприятия (трудотерапия).

Гебефреническая форма развивается в детском и подростковом возрасте, начинается подостро, проявляется нелепо-дурашливым поведением, манерностью, брутальностью, неадекватной веселостью.

Непрерывно-прогредиентный (непрерывно-поступательный) тип характеризуется прогрессивно нарастающими шизофреническими изменениями, отсутствием спонтанных ремиссий. Степень прогредиент-

ности различна — от медленного течения с нерезкими изменениями личности до глубокого опустошения и распада ее. Выделяются под-
типы: а) медленно текущая шизофрения, не доходящая до степени
глубокого эмоционального опустошения с неврозоподобными и пара-
нойяльными симптомами, симптомами навязчивости, астено-ипохонд-
рическими и сенестопатическими расстройствами; б) прогрессивная
параноидная шизофрения — с галлюцинаторно-бредовыми симптома-
ми, синдромом Кандинского—Клерамбо и более выраженной степе-
нью эмоционально-волевых дефектных изменений; в) злокачественно
текущая шизофрения — с ранним началом (в детском, юношеском
возрасте), негативными симптомами, предшествующими появлению
продуктивной симптоматики, быстро нарастающими изменениями по
шизофреническому типу при полиморфизме продуктивных симптомов,
высокой резистентностью к терапии и формированием выраженного
дефекта; в клинической картине — гебефренические, кататонические,
галлюцинаторно-бредовые синдромы.

Рекуррентный (приступообразный) тип характеризуется перио-
дическим течением с возвратом к сходной с начальной болезненной
симптоматике после стойких ремиссий, довольно четко очерченными
приступами и включением аффективного компонента, этапностью на-
растания симптомов (аффективные расстройства — бред — кататони-
ческие симптомы) и слабо намеченными шизофреническими измене-
ниями личности в виде снижения активности, инициативы, интересов,
ограничения контактов. Со временем приступы удлиняются и учаща-
ются.

Приступообразно-прогрессивный (шубообразный) тип характе-
ризуется приступообразным течением с ухудшением качества ремис-
сий, разнообразием клинических проявлений, обогащением их новы-
ми прогностически неблагоприятными при повторении приступов
симптомами (галлюцинаторно-бредовыми, гебефреническими, шизо-
фазическими). Приступы не имеют четких границ. Темп развития и
степень дефектных шизофренических изменений могут быть различ-
ными.

Как клинические формы, так и типы течения шизофрении не
должны противопоставляться, их следует рассматривать в единстве.

Развитие шизофренического процесса у лиц различного возра-
ста имеет свои закономерности. У детей раннего и дошкольного воз-
раста шизофрения развивается редко, чаще обнаруживаются шизо-
формные синдромы экзогенно-органического генеза; в клинической
картине преобладают двигательные расстройства (кататонические,
онейроидно-кататонические), гебефренические симптомы, немотиви-
рованные страхи, нелепое фантазирование, аутистические формы по-
ведения. Диагностическое значение имеют нарушения игровой дея-
тельности (ее стереотипность, парадоксальность обращения с игруш-
ками, утрата чувства коллективизма), изменение направленности
контактов (аутистическая отгороженность от одного из родителей).
Подвергаются редукции навыки самообслуживания, проявляется ри-
гидность к обучению. Галлюцинации преимущественно зрительные,
отрывочно-устрашающего характера, сочетающиеся с расстройствами
самоощущения и ипохондрическими жалобами неопределенного ха-
рактера. Бредовые идеи наблюдаются редко, рудиментарны, соче-
таются со страхами. Если процесс начинается в раннем возрасте, в
структуре шизофренического дефекта обнаруживаются псевдоолиго-
френические особенности, в старшем дошкольном и школьном

возрасте — одностороннее, уродливое развитие личности ребенка с псевдопсихопатическими чертами в поведении.

Диагностика и ранняя диагностика основываются на выявлении специфических для шизофрении процессуальных симптомов. Ввиду многообразия клинических признаков, форм и типов течения первичное обнаружение болезненных проявлений возможно на различных этапах заболевания, поэтому понятие «ранняя диагностика» не всегда предполагает распознавание истинно начальных его симптомов. Независимо от этапа, на котором первоначально диагностируется заболевание, необходимым условием предупреждения дефектных изменений и общественно опасных действий является четкое клиническое обоснование диагноза. Установление диагноза шизофрении и отражение его в документации накладывает на врача особую ответственность, так как может иметь отрицательные морально-этические, юридические и социальные последствия.

Типы дебютов: 1) невротоподобный — с астено-невротической, ананкастической, анксиозно-фобической и ипохондрической симптоматикой; отличительные особенности — отсутствие естественной связи с жизненной ситуацией (вне психологического конфликта), астенические жалобы без объективных признаков астении, монотематичность, стойкость, тускло-депрессивная оценка своего состояния и резистентность к психотерапевтическому воздействию; 2) психопатоподобный — с «характерологическим сдвигом», к признакам которого относятся: наличие хронологически-возрастной границы начала изменений в поведении, контраст с условиями воспитания, образования и привычных занятий, огрубение эмоциональных проявлений (нелепая конфликтность, раздражительность, злобность), склонность к монотонно-однообразному поведению, нарастающая аутистическая отгороженность, изменение отношения к труду, близким и перспективе будущего; 3) параноидный — с гипохондрической настороженностью и подозрительностью с последующим формированием типичных бредовых идей и галлюцинаций; появляются признаки расщепления, характеризующиеся не только физикальностью, «сделанностью», но и несоответствием содержания галлюцинаторно-бредовых симптомов эмоциональному тону (неопределенный тип аффективности), несоответствием поведения больного ситуации врачебно-медицинского обследования; 4) гебефренический — дурашливое возбуждение с нелепыми, манерными, нецеленаправленными действиями, и приподнятостью настроения, лишеного естественной веселости; 5) кататонический — в форме возбуждения, реже ступора.

Типы дебютов тесно связаны с особенностями начала заболевания (постепенное, подострое, острое). Типично постепенное, медленное развитие процесса (в течение нескольких месяцев, даже лет) с невротоподобного, психопатоподобного, иногда параноидного дебюта. Подострое и острое начало обычно обусловлены возрастными, экзогенными (особенно инфекционными) и психогенными факторами; им соответствуют гебефренический, кататонический и нередко параноидный типы дебютов. Влияние указанных факторов обуславливает остроту развертывания симптоматики с возможным включением в клиническую картину элементов измененного сознания (чаще онейроидного типа), с психомоторным возбуждением и быстрой трансформацией ведущего синдрома. Диагностическим критерием в этих случаях является обнаружение специфических для шизофрении признаков, которые определяют клиническую картину после купирования

острого состо
значение при
ских данных.
Типы ра
ских симпто
стройств рем
Полная
чезновением
ной выражен
изменяют тр
ных; професс
случаях.

Неполны
дуктивных по
социативным
необходимост
мену професс
которых случа
трудовое при
миссия «С» —
можны остат
бредовые иде
женном апати
к регулярном
вают к труду
больницах, дне
колхозного пос
Частичная
шение — харак
яния с неко
Больные подл
Лечение б
в зависимости
состояния, стр
симптоматики.
ства (состояни
бредовые симп
щих дозах — а
трифлуперидол
100—150 мг в
цинаторно-бред
скими включени
зином или тиз
депрессивным с
идеями, назнача
прессивных син
0,025 или по 2
2 мл 1% раство
ролептики с ант
0,025 г или по 1
Затем проводите
точной галлюцин
лептики. В неко

острого состояния и ликвидации астенических симптомов. Важное значение при этом может иметь детальная обработка анамнестических данных.

Типы ремиссий. В зависимости от степени редукции психотических симптомов и выраженности диссоциативно-апатических расстройств ремиссия может быть полной, неполной, частичной.

Полная ремиссия (ремиссия «А») характеризуется полным исчезновением продуктивных психотических явлений при незначительной выраженности негативных симптомов, которые практически не изменяют трудоспособности и семейно-бытового положения больных; профессиональная переориентация необходима лишь в особых случаях.

Неполные ремиссии: 1) ремиссия «В» — полная редукция продуктивных психотических симптомов с умеренно выраженными диссоциативными и эмоциональными изменениями, обуславливающими необходимость проведения реабилитационных мероприятий — перемену профессии (труд с пониженной производительностью), а в некоторых случаях — при потере способности к регулярному труду — трудовое приспособление в спеццехах при промпредприятиях; 2) ремиссия «С» — значительная редукция психотических симптомов (возможны остаточные, инкапсулированные, утратившие актуальность бредовые идеи и отдельные галлюцинаторные явления) при выраженном апатически-диссоциативном дефекте, с потерей способности к регулярному и профессиональному труду. Больных приспособляют к труду в лечебно-трудовых мастерских при психиатрических больницах, дневных стационарах, спеццехах и в условиях совхозно-колхозного постгоспитального патронажа.

Частичная ремиссия (ремиссия «Д») — внутрибольничное улучшение — характеризуется лишь незначительным улучшением состояния с некоторой дезактуализацией психотических проявлений. Больные подлежат дальнейшему лечению в условиях стационара.

Лечение больных шизофренией проводится в несколько этапов в зависимости от клинической оценки степени остроты болезненного состояния, структуры синдрома, интенсивности (темпа) нарастания симптоматики. На первом этапе купируются психотические расстройства (состояние возбуждения, тревоги, страха, галлюцинаторно-бредовые симптомы). Назначаются нейролептики в быстро нарастающих дозах — аманазин до 150—200 мг, галоперидол до 10—15 мг, трифлуперидол (триседил) до 3 мг, левомепромазин (тизерцин) до 100—150 мг внутримышечно. Так, при остро возникающих галлюцинаторно-бредовых синдромах с тревогой, страхом и кататоническими включениями галоперидол назначают в сочетании с аминазином или тизерцином. Если параноид сопровождается тревожно-депрессивным сдвигом настроения в сочетании с ипохондрическими идеями, назначается меллерил (сонапакс) до 0,3 г в сутки. При депрессивных синдромах в схему лечения включают мелипрамин по 0,025 или по 2 мл 1,25% раствора, амитриптилин по 0,025 г или по 2 мл 1% раствора, пиразидол из расчета 0,025—0,053 г, а также нейролептики с антидепрессивным компонентом действия — карбидин по 0,025 г или по 1 мл 1,25% раствора, хлорпротиксен по 0,015—0,05 г. Затем проводится курсовое лечение инсулином (инсулинокоматозная терапия). После окончания лечения инсулином для устранения остаточной галлюцинаторной и бредовой симптоматики назначают нейролептики. В некоторых случаях, в частности при резистентности к

инсулину, нейролептические препараты комбинируются с инсулином в гипогликемических дозах. При затяжном галлюцинаторно-параноидном синдроме, сочетающемся со ступорозными явлениями, показан френолон по 0,005 г или по 1 мл 0,5% раствора; при наклонности к систематизации бредовых идей — трифтазин (стелазин) по 0,005—0,01 г или по 1 мл 0,2% раствора и этаперазин по 0,004—0,01 г; при злокачественном течении заболевания со злобно-агрессивными тенденциями, негативизмом, недоступностью, кататонно-гебефреническими симптомами и выраженными апатическими явлениями — тиопроперазин (мажептил) по 0,001—0,01 г или по 1 мл 1% раствора, трифлуперидол (триседил) по 0,0005 г или по 1 мл 0,25% раствора, флуфеназин-деканат, модитен-депо по 1 мл 0,25% раствора или лапонекс (клозепин) до 0,4—0,6 г. В случаях затяжного течения целесообразно комбинированное лечение (трифтазин — галоперидол, тиопроперазин — галоперидол, галоперидол — тиопроперазин — тизерцин).

Для преодоления терапевтической резистентности показано: 1) чередование способов введения препарата (инъекционный, инъекционно-капельный, перорально-капельный, внутрь в таблетках, драже); 2) внутривенное введение мелипрамина для временного обострения симптоматики; 3) внутривенное введение лиофилизированной мочевины, маннитола или прием диуретиков — фуросемида (по 0,04 г) с верошпироном (0,025—0,05 г) внутрь; 4) применение ЭСТ — в периоды полной отмены нейролептиков; 5) введение иммунодепрессантов — циклофосфамида до 0,2 г в сутки на фоне психотропных средств. На третьем этапе по достижении терапевтического эффекта обеспечиваются мероприятия по жизненно-трудовому приспособлению (реабилитации) больных с использованием методов рациональной психотерапии и психагогики в лечебно-трудовых мастерских, дневных и ночных стационарах, в условиях облегченного труда на производстве; проводится поддерживающее (противорецидивное) лечение психотропными средствами, прежде всего нейролептиками пролонгированного действия (флуфеназин-деканат или модитен-депо). Большую роль на этом этапе играет разъяснительная работа в семье, на производстве.

Нейролептические средства противопоказаны при острых и хронических заболеваниях печени и почек, сердечно-сосудистых заболеваниях в стадии декомпенсации, гипертонической болезни, заболеваниях крови, язвенной болезни желудка.

Для коррекции подобных явлений при лечении нейролептическими средствами показаны: 1) при акинето-гипертоническом синдроме — циклодол (артан, апаркопан, ромпакрин) по 0,002—0,006 г или динезин по 0,04—0,5 г, при наличии адинамии и заторможенности — мебедрол до 0,5 г в сутки; 2) при гиперкинетическом синдроме — динезин или норакин по 0,002 г; если акатизия и тасикинезия возникают при лечении модитеном, мажептилом, галоперидолом или триседилом, назначают тизерцин, меллерил или аминазин; 3) при гиперкинето-гипертоническом синдроме — циклодол в сочетании с динезином или норакином; 4) при пароксизмальном дискинетическом синдроме — циклодол по 0,0006—0,001 г, динезин по 0,05—0,1 г, арпепинал по 0,05 г, кофеин по 2 мл 20% раствора подкожно или аминазин по 5 мл 2,5% раствора внутримышечно; при дискинезиях — димедрол внутримышечно и внутрь, глюкоза, тиамин, аскорбиновая кислота внутривенно, кальция хлорид и фенобарбитал — внутрь, магния сульфат — внутримышечно; 5) при остром экстрапирамидном синд-

роме — циклодол
же средства в бо
пирамидном синд
моторных криза
возникают при
0,005—0,001 с ам
но; 7) при экс
3 мл 2,5% раство
рессии — присоед
препарата.

Глава 10 ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — нер
судорожными при
явлениями с обра
мнестического и
течений процесса.

Эпидемиологи
от диагностическо
до 1%.

Этиопатогене
как единое, поли
ние, в основе кото
органические изме
чинами — черепно
ми, аномалиями
по данным различ
ется неустановлен
и активности в об
вых структур свя
шениями, в частно
исходят «локальн
ские изменения»
эпилепсии характе
(И. М. Павлов).
ждения является
новения различны
в организме больн
специфичны и могу
ских церебральных
Классификации
зависимости от об
различного генеза,
эпилептический пр
го, алкогольного, и
2. Клиническая
клинико-патогенети
явлений и специфич
эпилепсии (эпилепт
и состояниях, когда
ским процессом тог

роме — циклодол и ридиол по 0,005—0,015 г; при подостром — эти же средства в больших дозах; при затяжном и хроническом экстрапиримидном синдроме — дезинтоксикационная терапия; 6) при психомоторных кризах на фоне экстрапиримидной симптоматики (чаще возникают при применении мажептила) — сочетание циклодола по 0,005—0,001 с аминазином по 2—3 мл 2,5% раствора внутримышечно; 7) при экситомоторных кризах — аминазин и тизерцин по 2—3 мл 2,5% раствора внутримышечно; 8) при нейролептической депрессии — присоединение антидепрессантов либо временная отмена препарата.

Глава 10

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — нервно-психическое заболевание, характеризующееся судорожными припадками и бессудорожными пароксизмальными проявлениями с образованием типичного психического (интеллектуально-мнестического и характерологического) дефекта при длительном течении процесса.

Эпидемиологическая справка. Распространенность в зависимости от диагностического подхода и степени выявления колеблется от 0,3 до 1%.

Этиопатогенез. Большинство авторов рассматривают эпилепсию как единое, полиэтиологическое, но монопатогенетическое заболевание, в основе которого лежат очаговые или диффузные церебрально-органические изменения, вызванные различными патогенными причинами — черепно-мозговыми травмами, инфекциями, интоксикациями, аномалиями развития, перинатальной патологией и др. Однако, по данным различных авторов, в 15—60% случаев этиология остается неустановленной. Формирование очагов судорожной готовности и активности в области первично пораженных и окружающих мозговых структур связано со сложными причинно-следственными отношениями, в частности с наследственно-генетическим фактором; происходят «локальные и генерализованные биохимические и электрические изменения» (П. М. Сараджишвили, Т. Ш. Геладзе, 1977). Для эпилепсии характерны инертность и взрывчатость нервных процессов (И. М. Павлов). Образование латентных очагов застойного возбуждения является источником генерализации возбуждения и возникновения различных клинических форм припадков. Обнаруживаемые в организме больных биохимические и иммунологические сдвиги неспецифичны и могут быть как причиной, так и следствием органических церебральных изменений и самих припадков.

Классификации. 1. Этиологическая (этиопатогенетическая) — в зависимости от обнаружения церебрально-органических поражений различного генеза, при которых наблюдается переход заболевания в эпилептический процесс, диагностируется: эпилепсия травматического, алкогольного, инфекционного, невыясненного генеза и др.

2. Клиническая (клинико-патогенетическая) — в зависимости от клинико-патогенетических особенностей течения эпилептических проявлений и специфичности симптомов выделяют: 1) симптоматические эпилепсии (эпилептические синдромы) при различных заболеваниях и состояниях, когда пароксизмы обусловлены церебрально-органическим процессом того или иного генеза, а течение заболевания и его

клинические особенности, включая психические нарушения, специфичны для основного заболевания — инфекционного, травматического, сосудистого, токсического, паразитарного и т. п.; в этих случаях диагностируют травматическую, алкогольную, атеросклеротическую, ревматическую, сифилитическую и другие формы симптоматических эпилепсий; 2) эпилепсию (истинную эпилепсию, эпилептический процесс) как самостоятельное, процессуальное заболевание с особыми клиническими проявлениями, прежде всего с образованием психического дефекта, не развивающегося ни при какой другой болезни (эпилептическая деменция); нарастает эпизодическая пароксизмальная симптоматика различной частоты и тяжести. Степень психических нарушений может быть различной — от легкой до выраженных и глубоких изменений мышления, памяти и эмоционально-волевых качеств. Причины эпилептической прогрессивности пока не установлены; придается значение наследственно-генетическим, возрастным, а также различным экзогенным и психогенным добавочным факторам, которые, однако, как и эпилептические припадки, чаще лишь способствуют ускорению темпа эпилептической деградации.

3. Клинико-топическая — систематизация по формам эпилептических пароксизмальных проявлений. Строится на основе комплексной оценки клинических особенностей эпилептических припадков и локализации эпилептогенного очага с учетом ЭЭГ-данных и этиологических факторов. В наибольшей степени соответствует требованиям терминологической унификации и эпидемиологических исследований в эпилептологии.

4. Клинико-электроэнцефалографическая — принимаются во внимание прежде всего электроэнцефалографические данные как специфичные для различных типов эпилептических пароксизмов. Исходя из этого, классифицируется не эпилепсия, а эпилепсии, которые подразделяются на формы: генерализованные (первичные и вторичные), очаговые (фокальные) и неклассифицируемые. Недостатком этой классификации является выделение большой группы неклассифицируемых форм.

Клиника эпилепсии характеризуется эпизодической (перемежающейся) пароксизмальной симптоматикой и изменениями психической деятельности по эпилептическому типу.

Эпизодические пароксизмальные симптомы включают: 1) большие судорожные припадки, 2) abortивные судорожные припадки, 3) малые бессудорожные пароксизмы — малые припадки (моторные, вегетативные, психосенсорные, психические), протекающие как с расстройством, так и без расстройства сознания (так называемые изолированные ауры); у больных полностью или частично, как и во время ауры, сохраняется воспоминание о пережитом, однако это не означает, что на всех этапах припадка сохраняется сознание; 4) эпизодические психотические состояния (эквиваленты): а) продуктивные (сумеренные состояния, дисфории), б) непродуктивные (простые и сложные психомоторные припадки, амбулаторный автоматизм, транс, фуга, сомнамбулизм, ступор).

Большой (генерализованный) судорожный припадок чаще отмечается в развернутой стадии заболевания. Обязательные признаки припадка: полная потеря сознания, коматозное состояние, тонико-клонические судороги, амнезия припадка, острая эпизодическая олигофазия, факультативные признаки: аура, прикусывание языка, мочеиспускание, телесные повреждения, послеприпадочный сон.

Аура на
ет собой суб
временного
го при неиз
сенсорные,
припадку мо
который, так
гут протекати
роксизмы, в
ных припадк

Абортивн
емые у дете
одного из ко
дорог, их оч
чающиеся фо

Малые б
лее частые
Признаки ма
зах, 2) абсан
обморочные
«удушь», вн
гивания, стер
зией), 5) пси
формы), 6)
ные и навязч
цero-вегетати
минальные и
(фотопсии, м
слуховые и о
ные пароксиз
ражения, «дв
нальные расс
ты», страх, то
расстройства
изменение «сх
соответствует

Эпизодиче
Сумеречн
ния психотиче
ментарностью
ствий, приобр
тировки, дом
бредовые пере
аффект страх
действия (нас
рядоченности
ленности пост
опасны. Выход
ной амнезией
менее длитель
бредовой инте
добного бредо
боумия.

Аура наблюдается примерно у половины больных и представляет собой субъективно окрашенное начало припадка в виде кратковременного (в течение нескольких секунд) пароксизма, протекающего при неизменном или частично измененном сознании. Бывают сенсорные, моторные и вегетативные ауры. Большому судорожному припадку может непосредственно предшествовать абсанс-припадок, который, таким образом, также может быть как бы аурой. Ауры могут протекать изолированно, то есть как малые бессудорожные пароксизмы, в том числе в форме так называемых височных, фокальных припадков.

Абортивные и атипичные судорожные припадки, чаще наблюдаемые у детей, характеризуются незавершенностью, наличием лишь одного из компонентов тонико-клонического этапа, асимметрией судорог, их очаговостью и кратковременностью. Наиболее часто встречающиеся формы: детские судорожные спазмы, миоклонические.

Малые бессудорожные пароксизмы — малые припадки — наиболее частые проявления эпилепсии, отличающиеся полиморфностью. Признаки малых припадков: 1) головокружение и потемнение в глазах, 2) абсансы простые и сложные, 3) потеря мышечного тонуса и обморочные состояния, 4) расстройства сна (ночные страхи, ночное «удушье», внезапные пробуждения со страхом, вскакивания, вздрагивания, стереотипные кошмарные сновидения, снохождение с амнезией), 5) психомоторные пароксизмы (оральный, речевой, сложные формы), 6) феномены редуплицирующих парамнезий, насильственные и навязчивые реминисценции, амнезия, 7) головная боль, 8) висцеро-вегетативные расстройства, чаще тошнота, другие гастро-абдоминальные и кардиальные ощущения, 9) расстройства восприятия (фотопсии, микропсии, изменение окраски и яркости окружающего, слуховые и обонятельные феномены, галлюцинации, другие сенсорные пароксизмы), 10) расстройства мышления и речи (потеря соображения, «двойная», «чужая» мысль, «паралич» речи), 11) эмоциональные расстройства (дистимия, «особое чувство», «чувство утраты», страх, тоска, «чувство ожидания» и др.), 12) психосенсорные расстройства (изменение самоощущения, сенестопатии, парестезии, изменение «схемы тела» и др.). (Последовательность перечисления соответствует частоте, с которой эти симптомы встречаются).

Эпизодические психотические состояния (эквиваленты):

Сумеречное состояние — возникающее остро расстройство сознания психотического типа, характеризующееся ограниченностью, фрагментарностью и извращенностью восприятий, представлений и действий, приобретающих автономный характер. Расстраиваются ориентировки, доминирующее значение приобретают галлюцинаторные и бредовые переживания устрашающего содержания, обуславливающие аффект страха, злобной тоскливости и агрессивно-разрушительные действия (насилие, нападение, убийство). Вследствие внешней упорядоченности движений и их неосознаваемой односторонней направленности поступки больного непрогнозируемы и поэтому особенно опасны. Выход из психотического состояния чаще критический с полной амнезией состояния, реже — литический с сохранением на более или менее длительное время в сознании патологических переживаний с бредовой интерпретацией их (резидуальный бред). Устойчивость подобного бредообразования зависит от степени эпилептического слабоумия.

Психомоторные припадки — разновидность сумеречного расстройства сознания, связываемая с височной локализацией эпилептогенного очага. Такие психомоторные припадки характеризуются сложными автоматизированными движениями вплоть до повторяющихся профессиональных или привычных действий (навыки и влечения). Вследствие этого поведение больных в некоторых случаях может иметь антисоциальную направленность и быть объектом судебно-психиатрической экспертизы.

Амбулаторный автоматизм — непродуктивная форма сумеречного расстройства сознания, характеризующаяся кратковременными автоматизированными действиями и передвижениями с амнезией.

Сомнамбулизм (лунатизм, снохождение) — разновидность амбулаторного автоматизма во время сна, чаще заканчивающаяся возвращением в постель с продолжением сна и амнезией случившегося по пробуждении.

Транс — автоматизм, при котором больные могут уезжать на значительные расстояния от места жительства, «совершают путешествия», не сохраняя об этом воспоминания. Необходимо дифференцировать транс и истерические сумерки.

Эпилептический ступор — двигательное оцепенение на фоне расстроенного сознания длительностью от нескольких часов до нескольких дней с последующей амнезией. Разновидностью ступорозного синдрома может быть также состояние оглушения с крайним угнетением двигательных проявлений после серии эпилептических припадков без явлений мышечного напряжения. Сходная внешне картина эпилептического ступора без выраженного оглушения и четкой амнезии может развиваться при резком учащении абсанс-припадков.

Дисфория — пароксизмальное расстройство настроения, сопровождающееся чувством тоски, злобы и страха, длительностью от нескольких часов до нескольких дней. Расстройства сознания не наблюдаются, однако объем восприятия окружающего суживается; отношение к внешним обстоятельствам в этот период и к самому себе характеризуется ослаблением критики, вследствие чего возможны агрессивные тенденции. Дисфория может предшествовать сумеречному состоянию, а также проявляться после купирования медикаментами больших судорожных припадков. Дисфория может быть и положительно эмоционально окрашенной (эпилептический экстаз).

Острый паранойд — бредовые идеи преследования, отношения, развивающиеся на фоне эпилептических изменений личности, обычно несистематизированного характера.

Эпилептическое состояние — тяжелое осложнение эпилепсии и эпилептического синдрома, характеризующееся резким увеличением частоты больших судорожных припадков, следующих один за другим без прояснения сознания в промежутках между ними, нарастающими изменениями метаболизма и нарушениями жизненно важных функций организма; без видимых причин возникает редко. Причины, осложняющие течение заболевания: внезапное прекращение медикаментозного противоэпилептического лечения, употребление алкогольных напитков, острая психическая травма, прямое и неумеренное солнечное облучение, инфекционное заболевание (гипертермия). Учащение судорожных припадков, появление «серийности» их (особенно в сочетании с гипертермией) часто предшествуют развитию эпилептического состояния и являются прямым показанием к неотложной госпитализации и проведению превентивного лечения.

В 20—25% всех
мной помощи
Статусы абсанс-
ков не создаю
исходной точкой
падков. Поэтому
неотложная госп

Эпилепт
или «факторы р
церебрально-орг
признаков, таки
спазмы (отмеча
тически отсутст
2) первичный э
(отмечается в а
младенчество»
спит, постоянно
лоуспешными);
ческого типа, во
5) систематичес
типные сновиден
ле приступа мла
ступообразные и
9) общая двигат
новоспитуемость,
психофизического

Младенче
ские состоян
спонтанно или на
двух, редко до т
или рано приобр
ряде случаев мож
но либо после д
более позднем во
(так называемый
чаях синдром от
Дети, у которых
дорожно-спастичес
нием невропатоло
лечебно-профиллак
рожная терапия в

Возрастны
падков. В ран
недифференцирова
ционного — пропуль
пульсивные (миокл

Психосенс
сии стойки и затр
память, мышление
строительств различна
очерченных и выр
уменьшения за сче
воспроизведения

В 20—25% всех случаев, главным образом из-за отсутствия своевременной помощи, эпилептическое состояние заканчивается летально. Статусы абсанс-припадков, джексоновских и психомоторных припадков не создают непосредственной угрозы для жизни, но могут быть исходной точкой для последующего развития статуса больших припадков. Поэтому при учащении этих припадков также необходима неотложная госпитализация.

Эпилептические радикалы — клинические симптомы или «факторы риска» эпилепсии, особенно при наличии в анамнезе церебрально-органических заболеваний и сочетания двух или более признаков, таких как: 1) ранние детские (младенческие) судороги-спазмы (отмечаются в анамнезе у 25% больных эпилепсией и практически отсутствуют у больных симптоматическими эпилепсиями); 2) первичный энурез, не прекратившийся в подростковом возрасте (отмечается в анамнезе у 25% больных эпилепсией); 3) «беспокойное младенчество» (до возраста 1 года ребенок крайне беспокоен, мало спит, постоянно кричит, попытки накормить и укачать остаются малоуспешными); 4) ночные резкие и частые вздрагивания миоклонического типа, вскакивания с внезапным пробуждением и страхом; 5) систематические снохождения с амнезией; 6) кошмарные стереотипные сновидения со страхом; 7) спонтанные или возникающие после приступа младенческих судорог преходящие гемиплегии; 8) приступообразные и часто повторяющиеся головные боли типа мигрени; 9) общая двигательная расторможенность, злобность, грубость, трудновоспитуемость, пугливость; 10) нерезкая и преходящая задержка психофизического развития в раннем и детском возрасте.

Младенческие (детские) судорожно-спастические состояния — тонические мышечные спазмы, возникающие спонтанно или на фоне гипертермии у детей до одного года, реже до двух, редко до трех лет. Синдром является признаком врожденной или рано приобретенной церебральной недостаточности, которая в ряде случаев может перейти в эпилептический процесс непосредственно либо после длительного латентного периода в пубертатном или более позднем возрасте в форме неблагоприятно текущей эпилепсии (так называемый отсроченный дебют эпилепсии). В отдельных случаях синдром отмечается в анамнезе у практически здоровых людей. Дети, у которых наблюдались спонтанные или гипертермические судорожно-спастические состояния, должны находиться под наблюдением невропатолога или психиатра; им проводятся превентивные лечебно-профилактические мероприятия, в частности, противосудорожная терапия во время инфекционного заболевания.

Возрастные особенности эпилептических припадков. В раннем детском возрасте припадки общемозгового недифференцированного характера, в детском — системно-координационного — пропульсивные (акинетические), ретропульсивные и импульсивные (миоклонические), в подростковом и более старшем возрасте — психосенсорно-психомоторные, большие судорожные.

Психопатологические расстройства при эпилепсии стойки и затрагивают все стороны психической деятельности — память, мышление, эмоционально-волевые качества. Степень расстройств различна — от едва заметных изменений до клинически очерченных и выраженных (эпилептическая деменция). Вследствие уменьшения за счет словарного запаса объема памяти, ослабления воспроизведения материала памяти, а также замедления темпа

мыслительных процессов, их инертности и тугоподвижности развиваются признаки общей прогрессирующей олигофазии — своеобразной непродуктивной персевераторной речевой продукции. Типичны полярные эмоционально-волевые реакции: от эгоцентрической жизненной позиции, опирающейся на крайне узкий круг личных интересов, эксплозивности с агрессивно-разрушительными действиями и актами жестокости до утрированной приниженности и угодливости. Характерны тенденции к застреванию и накоплению аффекта, медлительность, аккуратность, доходящая до степени крайнего педантизма, обстоятельность, мелочность. В клинике интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых расстройств отсутствуют такие типичные для астенических состояний признаки, как лабильность психических процессов и их истощаемость. Последние являются постоянными признаками всех форм симптоматических эпилепсий, а также психохорганического синдрома, при котором наблюдаются эпилептические припадки. Классическая картина эпилептической деменции в настоящее время наблюдается редко.

Типы эпилептической деменции:

Амнестическо-олигофазический, характеризующийся интеллектуальным оскудением, олигофазией, тугоподвижностью ассоциативных процессов, наблюдается преимущественно при эпилепсии с частыми судорожными припадками.

Аффективный, характеризующийся эксплозивными реакциями, дисфорическими состояниями, эгоцентризмом; наблюдается чаще при эпилепсии с эпизодическими психотическими состояниями, психомоторными («височными») припадками.

Паралогический — параноидное эпилептическое слабоумие, стойкий синдром бреда, развивающийся по параноидному типу, тесно связанный со свойствами личности (бредовые идеи отношения, преследования, величия, ипохондрические и др.).

Течение эпилепсии в большинстве случаев характеризуется медленной прогрессивностью пароксизмальной и дефектной психопатологической симптоматики; выраженные эпилептические изменения психики отмечаются через 10—25 лет после начала болезни. Возможны длительные терапевтические и, в отдельных случаях, спонтанные ремиссии, во время которых припадки отсутствуют, но с помощью ЭЭГ-исследований обнаруживаются пароксизмальные или субпароксизмальные изменения. Болезнь начинается исподволь, в латентный период (период формирования судорожной готовности) протекает бессимптомно. В 70—75% случаев болезнь дебютирует малыми бессудорожными пароксизмами с последующим присоединением судорожных припадков, а затем и эпизодических психотических состояний (эквивалентов). В 20—25% случаев первым клиническим признаком является большой или абортный судорожный припадок, при этом с помощью ЭЭГ часто обнаруживаются пароксизмальные изменения. Иногда заболевание начинается с судорожного припадка по типу эпилептической реакции; в таких случаях специфические для эпилепсии изменения на ЭЭГ могут отсутствовать. В период развернутого течения заболевания судорожные припадки сочетаются с бессудорожными пароксизмами (на один большой судорожный припадок приходится десятки и сотни малых бессудорожных пароксизмов). Темп нарастания эпилептических дефектных изменений зависит от частоты и выраженности пароксизмальных симптомов, особенно судорожных припадков. Дневные (в состоянии бодрствования) судорожные припадки

рожные припадк
личаются больше
ных припадках
сти, они меньше
Типы т
ющий, стациона
тия и степени вы
Непрерывно
ческой терапии
эпилептические
роксизмальных
хронизации.
Ремиттирую
приводит к стой
период ремиссии
ной активности,
тельное время
способности.

Стационарные
ских припадков
ЭЭГ пароксизма
ния судорожной
жены, либо отсут

Возможна т
гой, например,
рующего в непре

Клинические
простая, классиче
дрома, соотношен
симптомов.

Судорожно-с
теризуется преоб
дические эпилепт
ненное положени
припадков. Набл
формами, нараста
ско-олигофазичес
ческим состоянии

Психическая
преобладанием м
ских психотическ
ской деятельност
степень амнестиче
можно резкое уч
щихся в затяжно

Простая — ре
тике; начало забо
можным; больны
памяти и труднос
20—25 лет. Судор
ствуют. В анамне
пароксизмальные
ные пароксизмы)
растают медленно

рожные припадки преобладают над ночными (во время сна) и отличаются большей эпилептической прогрессивностью. Хотя при ночных припадках наблюдается незначительная степень прогрессивности, они меньше поддаются лечению, чем дневные.

Типы течения (непрерывно-прогрессивный, ремиттирующий, стационарный) определяются в зависимости от темпа развития и степени выраженности эпилептических симптомов.

Непрерывно-прогрессивный тип: в результате противоэпилептической терапии частота эпилептических припадков снижается, однако эпилептические психические изменения нарастают; на ЭЭГ, кроме пароксизмальных изменений, наблюдаются явления диффузной десинхронизации.

Ремиттирующий тип: активная противоэпилептическая терапия приводит к стойкой ремиссии; спонтанные ремиссии отсутствуют; в период ремиссии на ЭЭГ могут сохраняться признаки пароксизмальной активности, эпилептические изменения нерезко выражены, длительное время сохраняется достаточно высокий уровень трудоспособности.

Стационарный тип: независимо от лечения частота эпилептических припадков остается стабильной — обычно от 1 до 5—6 в год; на ЭЭГ пароксизмальные изменения отсутствуют или отмечаются явления судорожной готовности; изменения психики либо нерезко выражены, либо отсутствуют.

Возможна трансформация одного типа течения эпилепсии в другой, например, стационарного типа в ремиттирующей или ремиттирующего в непрерывно-прогрессивный.

Клинические формы (судорожно-спастическая, психическая, простая, классическая) выделяются в зависимости от ведущего синдрома, соотношения основных (дефицитарных) и пароксизмальных симптомов.

Судорожно-спастическая начинается в возрасте 5—30 лет, характеризуется преобладанием больших судорожных припадков. Эпизодические эпилептические психозы отсутствуют или занимают подчиненное положение, возникая обычно после серии судорожных припадков. Наблюдается более интенсивное, по сравнению с другими формами, нарастание изменений психики (деменции по амнестическо-олигофазическому типу). Течение может осложняться эпилептическим состоянием.

Психическая начинается в возрасте 17—30 лет, характеризуется преобладанием малых психических пароксизмов, а также эпизодических психотических состояний (эквивалентов). Изменения психической деятельности чаще аффективно-характерологического типа, степень амнестическо-олигофазических изменений незначительна. Возможно резкое учащение психических эквивалентов, иногда сливающихся в затяжной эпилептический психоз.

Простая — редкая форма; встречающаяся в амбулаторной практике; начало заболевания определить не всегда представляется возможным; больные обращаются к врачу с жалобами на ослабление памяти и трудности в жизненно-трудовом приспособлении в возрасте 20—25 лет. Судорожные припадки и эквиваленты практически отсутствуют. В анамнезе — указания на единичные и нерезко выраженные пароксизмальные симптомы (головокружения и другие бессудорожные пароксизмы). Основные дефектные эпилептические изменения нарастают медленно.

Классическая форма: заболевание начинается в пубертатном возрасте, характеризуется судорожно-спастической и эпизодической психотической симптоматикой, неуклонным и параллельным ростом пароксизмальной и дефицитарной эпилептической симптоматики с резким уменьшением или прекращением эпизодической симптоматики в исходной стадии заболевания — при глубокой эпилептической дегенерации.

Как типы течения эпилепсии, так и ее клинические формы не следует противопоставлять, их нужно рассматривать во взаимосвязи.

Ранняя диагностика основана на выявлении типичной для эпилепсии симптоматики. Из-за полиморфности клинических признаков, форм и типов течения, иногда довольно длительного (от нескольких месяцев до нескольких лет) периода латентного течения, сходства клинических проявлений с церебральными органическими синдромами различного генеза ранние симптомы заболевания (кроме больших судорожных припадков) часто не связываются с эпилепсией. Ранняя диагностика вследствие этого основана на распознавании эпилептических бессудорожных расстройств на любом этапе их течения; это является важным условием эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, профилактики больших судорожных припадков и общественно опасных последствий болезни (нарушение уличного движения, происшествий на производстве). Для распознавания этих расстройств следует учитывать не столько полиморфные факультативные признаки, сколько характер их течения (облигатные признаки).

Признаки (облигатные) эпилептического пароксизма: 1) внезапность (состояние возникает неожиданно, независимо от конкретной жизненной ситуации, общего субъективного состояния и времени суток); 2) кратковременность (в течение нескольких секунд, реже минут, по словам больных, «как мгновение»); 3) самоустраиваемость (пароксизм так же внезапно прекращается, как и возник, без остаточных явлений — «как будто бы ничего и не было»); 4) повторяемость, периодичность (однажды возникнув, стереотипно повторяется с тенденцией к учащению); 5) тождество симптома при его повторении (полное, почти полное или близкое сходство между последующими пароксизмами); 6) контрастность по отношению к субъективному опыту больного (если пароксизм не сопровождается явным расстройством сознания и он или его элементы сохраняются в памяти больного, то он переживается им как явление, контрастирующее с субъективным опытом — «странное», «непонятное», «необычное»). Ранняя диагностика возможна только при выявлении совокупности признаков — малых пароксизмальных симптомов, данных ЭЭГ, анамнеза, начальных признаков инертности психической деятельности.

Электроэнцефалографические данные имеют диагностическое значение лишь в сопоставлении с данными клинического наблюдения: обнаружение типичных для эпилепсии изменений на ЭЭГ повышает достоверность и точность диагноза, однако при отсутствии таковых возможность эпилепсии не исключается. Эпилептическая ЭЭГ-симптоматика в межприпадочный период при использовании методов ее активации (гипервентиляции, медикаментозных) обнаруживается у 80—90% больных, при симптоматических эпилепсиях — у 10—15% больных. По мере развития эпилептического процесса отмечается прогрессивный рост пароксизмальных и диффузных ЭЭГ-изменений, в определенной степени коррелирующих с частотой пароксиз-

мальных состояний и выраженностью эпилептического психического дефекта.

Типы эпилептических ЭЭГ-разрядов (пароксизмов): 1) генерализованные (35% больных), включая тип пик-волна (3 в 1 с), характерны для больных с генерализованными судорожными и истинными абсанс-припадками; 2) очаговые (45% больных) билатеральные и монолатеральные — характерны для больных с простыми и сложными психомоторными и психическими пароксизмами («височный» тип); 3) смешанный тип — сочетание генерализованных и очаговых разрядов (10% больных) — характерен для больных с судорожными и бессудорожными пароксизмами; 4) диффузный тип (10% больных) — компоненты эпилептической активности (острые волны, пики, комплексы пик-волна) регистрируются в различных зонах отведения потенциалов в различные моменты записи — характерен для больных с ночными припадками и эпизодическими психотическими состояниями. При глубоком эпилептическом дефекте отмечаются явления редукции основного ритма, замещение его медленными компонентами активности, ее десинхронизация и ареактивность.

Лечение эпилепсии. Основные принципы рационального лечения: 1) раннее начало (при обнаружении начальных признаков); 2) длительность и непрерывность с подбором лекарственных препаратов и их доз (начиная с минимальных) в зависимости от характера пароксизмов, наличия эквивалентов, динамики заболевания и степени выраженности эпилептических изменений личности, особенностей соматического состояния больного, переносимости и эффективности препаратов и их сочетаний, реакции на снижение доз и отмену лечения; 3) комплексность, предусматривающая: а) сочетанное применение фармако-, диет- и психотерапии, режимно-профилактических и реабилитационных мероприятий; б) одномоментное использование противосудорожных препаратов разнопланового действия в зависимости от характера пароксизмов; в) включение в комплекс лечебных воздействий витаминотерапии и лечение основного заболевания при симптоматических эпилепсиях, в том числе дегидратационной и рассасывающей терапии; 4) преемственность (при переходе больного от одного врача к другому); 5) реабилитация по индивидуально разработанной программе.

Фармакотерапия включает применение противопароксизмальных (противосудорожных) препаратов, седативных и психотропных средств с учетом особенностей их избирательного влияния на различные пароксизмальные состояния, эквиваленты и возраста больного. При определении доз следует учитывать их эквивалентные соотношения с люминалом.

Замена одного препарата другим производится ступенчато — с постоянным уменьшением дозы одного и увеличением дозы другого. Прекращают лечение путем медленного (на протяжении года) снижения доз под периодическим электроэнцефалографическим контролем.

Лечение эпилептического состояния — см. Ургентная психиатрическая помощь.

Диетотерапия направлена на обеспечение биохимического фона, способствующего снижению судорожной готовности мозга. С этой целью из пищевого рациона исключают блюда, содержащие в большом количестве поваренную соль и азотистые соединения; ограничивают потребление жидкости (для взрослого пациента до 1,2—1,5 л

в сутки); назначают молочно-растительную диету (соотношение жиров и углеводов 2:3—3:1).

Режимно-профилактические и гигиенические мероприятия: 1) строгое соблюдение режима сна, 2) легкие физические упражнения и прогулки, 3) рациональная организация режима труда и жизни. Противопоказано: пребывание на солнце, перегрев тела, путешествия, связанные с резким изменением климатических условий, и по маршрутам, которые могут представлять опасность для больного, пребывание на южных курортах.

Профилактика включает: 1) предупреждение и своевременное лечение черепно-мозговых травм, в том числе легкой степени, инфекций и интоксикаций; 2) обеспечение нормального протекания беременности и родов; 3) предотвращение брака в случае, если оба лица страдают эпилепсией или другими психическими заболеваниями эндогенной этиологии; 4) систематическое наблюдение за пациентами, у которых имеются (или наблюдались в анамнезе) эпилептиформные или эпилептические реакции, эпилептические радикалы или другие остаточные явления органического поражения головного мозга; таким больным показаны дегидратация, препараты брома и кальция, транквилизаторы, диетотерапия, ограничение физических нагрузок, ЭЭГ-контроль.

Глава 11

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ (ЦИРКУЛЯРНЫЙ) ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) относится к группе так называемых эндогенных психозов и характеризуется аффективными расстройствами, протекающими обычно по типу фаз (приступов).

Эпидемиологическая справка. Вероятность заболевания среди населения, по данным О. Verschuer (1967), составляет 0,4—1% (включая циклотимию, преобладающую в популяции).

Патогенез. Установлена высокая наследственная отягощенность МДП и другими психическими заболеваниями, особенно аффективными психозами (70—80%). Предполагается доминантное наследование с неполной пенетрантностью, сцепленное с полом (X-хромосомой), в связи с чем женщины болеют чаще, чем мужчины (3:1). В патогенезе аффективных расстройств ведущую роль играет нарушение равновесия между различными нейромедиаторными системами (И. П. Анохина), особенно нарушение обмена биогенных аминов мозга (катехоламинов, индоламинов). Основой патологии высшей нервной деятельности является очаг возбуждения в подкорке, которое в маниакальной фазе иррадирует в кору большого мозга, а в депрессивной вызывает корковое торможение по механизму отрицательной индукции. Согласно концепции В. П. Протопопова, П. В. Бирюковича, И. А. Полищука имеют место своеобразные нарушения энергетического обмена (явления «гиперэнергизма» и «гипоэнергизма») — изменение интенсивности обменных процессов, обеспечивающих энергетические затраты организма. Их регуляция связана с вегетативно-эндокринной сферой, в частности, с функциями щитовидной железы и надпочечников.

Клиника характера строения и жизни процессов) и 3) дв

Депрессивная строением, иногда в сопровождаются ид дальними мыслями. объяснимое и непер мучительное. Выраж ная тоска — тягост Чувство тоски в веч ких формах депресс заторможенностью может достигать сте Иногда торможение нием (меланхоличес мучительное «чувств вязанности к близк кажется потускневи циональное состоян и мимике больных

Маниакальная

поднятым настроени влечений, умственно к деятельности, выра де впечатлений и у тивности и повыше происхождения, общ ностей и достижен идеи величия. Одна блюдается; хвастлив настроением и средо ние мышления дост ления, производящая словую направленнос ся при так называем

Вегетативн характерен симпатик хикардия, запоры (т хость и горечь во рту ного давления, нару Смешанные сос проявлений, а также новных симптомов.

Ажитированная тревогой при отсутс ажитация отражает Гневливая мани фекта с недовольство никновению конфлик с законами и нормам ным действиям. В не степени маниакаль

Клиника характеризуется триадой симптомов: изменением 1) настроения и жизни влечений, 2) темпа мышления (ассоциативных процессов) и 3) двигательной активности.

Депрессивная фаза характеризуется тоскливо-подавленным настроением, иногда в сочетании с тревогой и страхом, которые обычно сопровождаются идеями самообвинения и самоуничтожения, суицидальными мыслями. Тоска и тревога переживаются больным как невыносимое и непереносимое страдание (протопатический — витальный — характер аффекта), напоминающее физическую боль, но более мучительное. Выражением витальной депрессии является предсердечная тоска — тягостное чувство напряжения, стеснения за грудиной. Чувство тоски в вечерние часы обычно ослабевает, особенно при легких формах депрессии. В большинстве случаев тоска сопровождается заторможенностью моторики и мышления. Двигательное торможение может достигать степени депрессивного (меланхолического) ступора. Иногда торможение внезапно сменяется психомоторным возбуждением (меланхолическое неистовство). Нередко больные жалуются на мучительное «чувство бесчувствия», опустошенность, отсутствие привязанности к близким. Наблюдаются сенсорные расстройства: мир кажется потускневшим, серым, изменяется чувство времени. Эмоциональное состояние отражается в походке, позе, движениях рук и мимике больных.

Маниакальная фаза характеризуется повышенным, радостно-приподнятым настроением с чувством удовольствия, расторможенностью влечений, умственно-речевым возбуждением, активным стремлением к деятельности, выражающимся в повышенной общительности, жажде впечатлений и удовольствий в сочетании со снижением продуктивности и повышенной отвлекаемостью. Типичны идеи переоценки — происхождения, общественного положения, своей личности, способностей и достижений, в выраженных случаях возникают бредовые идеи величия. Однако чаще явной нелепости высказываний не наблюдается; хвастливые заявления связаны с эйфорически-радостным настроением и средой общения. В некоторых случаях резкое ускорение мышления достигает степени «скачки идей». Бессвязность мышления, производящая впечатление аментивной, но сохраняющая смысловую направленность ассоциативного процесса, может наблюдаться при так называемой *amentia maniacalis*.

Вегетативно-соматические симптомы. Наиболее характерен симпатико-тонический синдром: расширение зрачков, тахикардия, запоры (триада Протопопова), снижение массы тела, сухость и горечь во рту, блеск глаз, повышение и колебания артериального давления, нарушение месячных, расстройство ночного сна.

Смешанные состояния — смешение различных эмоциональных проявлений, а также отсутствие отчетливо выраженной триады основных симптомов.

Ажитированная меланхолия — сочетание тоскливого аффекта с тревогой при отсутствии двигательного торможения; двигательная ажитация отражает напряжение тревожно-боязливой аффекта.

Гневливая мания — сочетание маниакально-эйфорического аффекта с недовольством и раздражительностью, что приводит к возникновению конфликтных отношений с окружающими, столкновению с законами и нормами общественной жизни, а иногда и к агрессивным действиям. В некоторых случаях это состояние может достигать степени маниакального неистовства.

Атипичные формы характеризуются отсутствием типичной для маниакальных и меланхолических состояний клинической картины либо появлением гетеротипических продуктивных психопатологических симптомов, либо нарушением характерного соотношения психопатологических и сомато-вегетативных расстройств.

Непродуктивная мания — бедность ассоциаций, отсутствие идей переоценки, несоответствие степени и качества расстройств настроения содержанию и направленности деятельности; следует дифференцировать непродуктивную манию и дебют шизофрении.

Циклотимия — слабо выраженная форма циркулярного психоза, при которой обычно сохраняются легкой степени аффективные расстройства на всем протяжении болезни. В большинстве случаев приступы кратковременны (1,5—2 мес).

Циклотимическая депрессия — наряду с астеническими и соматическими жалобами отмечается пониженное настроение, тоска, тревога, страхи либо «безразличие». Умственно-речевое торможение не выражено, но больные отмечают невозможность сосредоточиться или застревание на одной мысли; обычно они не переживают чувства вины, не высказывают идей самообвинения, однако обнаруживают стойкую пессимистическую оценку жизненной перспективы, говорят о неизлечимости заболевания и своей обреченности. По клинической картине напоминает невроз.

Циклотимическая мания (маниакальная экзальтация) — гипоманиакальный синдром с относительно упорядоченным поведением, вследствие чего больные обычно не попадают в сферу медицинского обслуживания. Однако во многих случаях их неуместная активность приводит к семейным и служебным конфликтам.

Атипичная циклотимия в подавляющем большинстве случаев проявляется в форме атипичных депрессий, характеризующихся незначительной выраженностью аффективных расстройств, которые не осознаются больными и часто не сразу выявляются в ходе психопатологического исследования. Классические пропорции в структуре депрессивного состояния искажаются. Клиническая картина определяется заострением характерологических черт личности больного, астеническими признаками — развиваются астенический (астено-ипохондрический, астено-сенестопатический, астено-деперсонализационный), истериформный, психастенический и обсессивный синдромы. Эквивалентами суицидальных мыслей нередко являются страх смерти, боязнь оставаться в одиночестве, страх сойти с ума. В некоторых случаях возникают нестойкие бредовые идеи. Эти психопатологические симптомы при атипичных депрессиях маскируют ведущие аффективные расстройства. Однако маскированной (скрытой, ларвированной) депрессией в узком смысле слова называют циркулярную (циклотимическую) депрессию с преобладанием сомато-вегетативных нарушений. Больные часто отмечают слабость, утрату активности, «внутреннее беспокойство», «скованность», головную боль (обычно в области затылка), похудание и бессонницу, неприятные ощущения в области пищевого канала, сердечно-сосудистой системы, жалуются на отсутствие аппетита, сухость и горечь во рту, тошноту и рвоту (больше по утрам), запоры, спазмы пищевода, головокружения, расстройство месячных, снижение полового влечения, сенестопатии, вегеталгии, невралгии, вегетативно-сосудистые диэнцефальные кризы, аллергические реакции либо на сопутствующие соматические заболевания. Сохраняются общие биологические признаки циклотими-

ческой депрессии, колебания настроения, суицидальные тенденции, запоры, сухость, расстройствами и их значение.

Течение. Начинаясь с Возникновение, течением ритмами — циклическими ритмами — возникновение и повторения состояния. Выделяют дуальные. Выделяют типы течения. При этом, так и маниакальные, при монополярных, при депрессивных, при альтернирующих, а затем в другую, а затем вания часто бывают и не вполне типичны тина заболевания, чение смешанных продолжительности и затяжное его заболеванием. Знают психофармако-

Возрастные особенности. В возрасте (до 14—16 лет) заболеванием чаще. Начинаясь в болезни нередко оском возрасте при сти. Психопатологии случаях маскирует тических заболеваний.

Диагностика. Основной триады расстройств, а также ческого ряда. В аффективности и колебаниях. Закономерности движения настроения. В связи с этим следствием выхода из периода выхода из лизация приступа явлений сна, аппетита, показательно актов необходимо. В ма депрессантов (!). **Лечение.** В ма седативные средства.

ческой депрессии, такие, как сезонность ее возникновения, суточные колебания настроения с ухудшением в утренние часы, «витальные» суицидальные тенденции, снижение массы тела, тахикардия, мидриаз, запоры, сухость во рту, у женщин — частая связь приступов с расстройствами месячного цикла и родами. Определенное диагностическое значение имеет реакция на антидепрессанты.

Течение. Начинается преимущественно в возрасте 20—40 лет. Возникновение, течение и повторение приступов связаны с биологическими ритмами — годичным, месячным и суточным. Типично возникновение и повторение приступов весной и осенью, суточные колебания состояния. Порядок и частота повторений приступов индивидуальные. Выделяются биполярный, монополярный, альтернирующий типы течения. При биполярном течении наблюдаются как депрессивные, так и маниакальные фазы, разделенные светлыми промежутками, при монополярном — повторение однотипных фаз (маниакальных либо депрессивных), отделенных друг от друга светлыми промежутками, при альтернирующем — непосредственный переход одной фазы в другую, а затем светлый промежуток. Первые приступы заболевания часто бывают недостаточно развернутыми, менее длительными и не вполне типичными. Обычно типичная для данного больного картина заболевания полностью формируется к 3—4-му приступу. Течение смешанных и атипичных состояний чаще отличается большей продолжительностью. Видоизменение клинической картины приступа и затяжное его течение может быть обусловлено интеркуррентным заболеванием. Значительное влияние на течение заболевания оказывают психофармакотерапия и психогения.

Возрастные особенности. В детском и подростковом возрасте (до 14—15 лет) циркулярный психоз наблюдается редко. Заболевание чаще всего первично диагностируется в среднем возрасте. Начинаясь в юношеском и молодом возрасте, первые приступы болезни нередко остаются нераспознанными. В пожилом и старческом возрасте приступы могут видоизменяться по течению и тяжести. Психопатологическая симптоматика циркулярного психоза в этих случаях маскирует и затрудняет диагностику развивающихся соматических заболеваний.

Диагностика циркулярного психоза основана на выявлении основной триады симптомов, прежде всего — аффективных расстройств, а также сомато-вегетативных расстройств симпатикотонического ряда. В анамнезе обычно отмечаются наследственная отягощенность и колебания настроения по типу фаз (часто нерезко выраженные). Закономерности окончания приступа: вначале исчезают явления двигательного торможения или возбуждения, в то время как расстройства настроения с соответствующим содержанием психопатологической продукции могут еще некоторое время сохраняться. В связи с этим следует учитывать возможность диссимуляции суицидальных мыслей при двигательном облегчении их осуществления в период выхода из депрессивного приступа. Критерием обратного развития приступа является улучшение физического состояния — нормализация сна, аппетита, стула, пульса, появление месячных. Особенно показательна прибавка в массе. Во избежание суицидальных актов необходимо следить за состоянием больного после отмены антидепрессантов (!).

Лечение. В маниакальной фазе назначают нейролептические и седативные средства: аминазин по 0,2—0,4 г в сутки, тизерцин по

0,1—0,25 г, галоперидол по 0,005—0,025 г натрия бромид по 5—10 мл 10% стерильного раствора или по 5—10 мл 25% раствора магния сульфата внутривенно, транквилизаторы — хлордиазепоксид, диазепам. В зависимости от выраженности клинической картины назначается лития карбонат от 0,9 до 1,8 г в сутки (в три приема), часто в сочетании с указанными выше препаратами, под контролем концентрации лития в сыворотке крови (не более 1,2 мэкв/л). Лечение литием абсолютно противопоказано при заболеваниях почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), заболеваниях сердца в стадии декомпенсации и заболеваниях пищеварительной системы (особенно печени) в стадии обострения. Не рекомендуется назначать лития карбонат беременным, а также лицам, страдающим органическими поражениями мозга и заболеваниями щитовидной железы. Пожилой возраст является относительным противопоказанием. Для купирования маниакального возбуждения применяют иногда паранефральную новокаиновую блокаду: по 100 мл 0,25% раствора новокаина с обеих сторон 2—3 раза в неделю, всего от 3 до 7 блокад. Из физиотерапевтических процедур рекомендуется назначать теплые ванны (35—36° С) продолжительностью 30 мин. Важно занять больных какой-либо полезной деятельностью.

сид, диазепам, тоды и психотепе. Для нормализации назначают инъекции инсулина, введение ксилитов, клизмы, теплый чай, фенотроп и др., нейролептики (хлорпромазин). Препараты лития назначают при маниакальных состояниях.

Глава 12

Алкоголизм — за
потреблении алк
чения к нему с п
нений психическо
Этиопатоген
ми механизмами
обусловлена дв
гической ситуац
тенными в проц
вида с аффекти
группе, злоупотр
пол, возраст, фи
биохимизма в о
но, что однокра
норادرеналина
употреблении а
систем к действи
жет привести к
появлению морф
к алкоголю.
В процессе
болизм, снижаю
шается тиаминов

сид, диазепам, тазепам и др.); показаны физиотерапевтические методы и психотерапия.

Для нормализации углеводно-фосфорного и белкового обмена назначают инсулин по 8—20 ЕД подкожно в сочетании с внутривенным введением глюкозы и приемом углеводов с пищей. Показаны инъекции кислорода 2—3 раза в неделю подкожно. Для профилактики запоров рекомендуют молочно-растительную диету, очистительные клизмы, легкие слабительные (экстракт коры крушины, слабительный чай, фенолфталеин). При бессоннице назначают транквилизаторы и снотворные — диазепам, оксазепам, нитразепам, ноксирон и др., нейролептические средства в малых дозах (левомепромазин, хлорпротиксен). При гипоманиакальных состояниях успешно применяют соли лития в сочетании с аминазином.

Профилактика приступов МДП. При биполярном типе течения психоза наиболее эффективно применение лития карбоната вначале по 0,3 г (в таблетках или в облатках) 2 раза в сутки после еды под регулярным контролем концентрации лития в сыворотке крови (оптимальные показатели — от 0,5 до 1,2 мэкв/л). При правильном подборе дозы лития побочные явления развиваются редко; при появлении в отдельных случаях диспепсических расстройств, тремора, сонливости, головокружения, шума в ушах, головной боли дозу препарата необходимо снизить. При появлении симптомов оглушения, а также тошноты, рвоты, поноса, высокой температуры литий отменяется. С профилактической целью лечение лития карбонатом должно быть длительным — в течение 2—5 и более лет.

Глава 12

АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкоголизм — заболевание, выражающееся в систематическом злоупотреблении алкоголем вследствие образования патологического влечения к нему с постепенным нарастанием явлений алкогольных изменений психической деятельности (алкогольная деградация личности).

Этиопатогенез целесообразно рассматривать в связи с возможными механизмами привыкания — образования зависимости. Последняя обусловлена двумя основными факторами: 1) социально-психологической ситуацией в сочетании с особенностями личности, приобретенными в процессе ее формирования (например, пребывание индивида с аффективно-волевой неустойчивостью в микросоциальной группе, злоупотребляющей алкоголем); кроме того, имеют значение пол, возраст, физическое и психическое состояние; 2) нарушениями биохимизма в организме вследствие частой алкоголизации. Показано, что однократное введение алкоголя вызывает резкое снижение норадреналина и его предшественников. При систематическом злоупотреблении алкоголем развивается адаптация катехоламиновых систем к действию алкоголя. Гиперсинтез алкогольдегидрогеназы может привести к возникновению ацетальдегидемии, что способствует появлению морфиноподобных веществ, обуславливающих влечение к алкоголю.

В процессе развития алкоголизма выражено изменяется метаболизм, снижаются реактивность и энергетические процессы, нарушается тиаминовый обмен (дефицит витаминов группы В), иммуно-

логические процессы, в частности аутоиммунные, развивается гепатодеребральная дегенерация.

Клиника. Выделяют анамнестические, психопатологические и соматоневрологические признаки алкоголизма.

Анамнестические признаки: 1) систематическое и длительное употребление алкогольных напитков, обусловленное патологическим влечением к ним. При этом систематичность и длительность оцениваются индивидуально в зависимости от возраста начала употребления, частоты приема и суммарного количества потребляемого алкоголя (несколько раз в месяц, еженедельно, ежедневно, несколько раз в день) в сопоставлении с другими признаками (активность при добывании алкогольных напитков, выпивки в одиночку, особенно среди женщин, по сомнительным поводам, склонность скрывать или преуменьшать частоту и дозы приема алкоголя при сообщении анамнестических данных, употребление суррогатов); 2) синдром похмелья — патологическое состояние, возникающее в связи с физической зависимостью от алкоголя в виде психических и соматических расстройств различной степени выраженности и течения. Признаки похмельного синдрома: физическая слабость со снижением работоспособности, нарушение сна, аппетита, вегетативные расстройства — потливость, дрожание, неприятные ощущения в области сердца, головная боль, тошнота, озноб, плохое настроение (дистимия или дисфория); 3) изменение толерантности к алкоголю: вначале повышение устойчивости к нему — отсутствие выраженного опьянения после приема значительной дозы алкоголя, потеря контроля за количеством выпитого, постепенное повышение дозы, приводящее в конце концов к выраженному опьянению, затем — постепенное понижение дозы выпитого, достаточной для достижения выраженной степени опьянения.

Психопатологические признаки (алкогольная деградация): изменение морально-этических качеств личности, а также интеллектуально-мнестических функций, сказывающееся на поведении больного (семейно-бытовые, производственно-профессиональные и административно-правовые отношения).

Изменение личности проявляется в сужении круга интересов, легкомысленном отношении к алкогольным эксцессам и связанным с ними последствиям; при этом больные прибегают к оправданиям, попыткам поставить себя в положение «жертвы» обстоятельств либо к неискреннему раскаянию и невыполняемым обещаниям покончить с употреблением алкоголя; для них характерны: повышенная внушаемость, особенно в ситуациях, когда есть возможность выпить, расторможение влечений, несдержанность, неустойчивость настроения (гневливая раздражительность либо благодушно-эйфорические реакции). В связи с пьянством и материальным и моральным ущербом, наносимым семье, больной вступает в конфликт со своими близкими. На работе изменение отношения к труду сначала выражается в переходе к своеобразной имитации трудовой активности; затем отношение к труду становится поверхностно-формальным, эпизодически нарушается трудовая дисциплина (опоздания, появление в пьяном виде, прогулы, единичные попадания в медвытрезвитель и задержания милицией).

По мере прогрессирования заболевания описанные признаки углубляются, обнаруживается общее «огрубение» психики, учащаются аморальные поступки. О своем социальном падении больные отзываются с грубой шутливостью. Позицию оправдания или раскаяния

обычно сменяют лживость, скрыть действительное, крайнее и на производстве (рабий, снижение профессионального, снижение за нарушение общественного порядка, привлечение к ответственности). Больные утрачивают инициативу и не понимают своего состояния. В клинической картине обнищания и памяти.

Соматоневрологические ферические и вегетативные часто определяются вегетативными, похолодание акроцианоз, похолодание тремор рук, нарушениях жильные рефлексы (повышение и понижение на руках). Редкой фотореакции, симптомов расстройства, тонические гольная тетания), явлениях ческих нервов — моно- и ному, реже — по двигательным нижних конечностей, характеризуются болями, кой (алкогольный псевдотетан).

При острых неврологических формах припадков, явлений вого кровообращения по

К **соматическим** поражениям сердечно-сосудистой (миокардиосклероз); пищеварительной — анацидный, гепатический, панкреатит (подострый), эндокринной (нарушения в результате нарушения стичности кожи, ломкость мена — вначале избыток позднее — резкое исхудание печени и атрофических кулярный синдром).

Вследствие значительных изменений в организме, ма к инфекциям, другим бронхитом, другими прокулитами и радикулоневритами.

При внешнем осмотре и багрово-пепельный цвет глаз, маловыразительная, но экспрессивных движений с этим отмечается ряд упоминаний об алчных мимических ре

обычно сменяют лживость и хвастливость, связанные с попытками скрыть действительное, крайне неблагоприятное положение дел в семье и на производстве (развод или прекращение семейных отношений, снижение профессионального уровня или смена места работы, увольнение за нарушение трудовой дисциплины и уклонение от общественно-полезного труда, систематическое нарушение общественного порядка, привлечение к административной или уголовной ответственности). Больные живут старыми умственными запасами, утрачивают инициативу и творческие способности; при этом они или не понимают своего состояния, или относятся к нему несерьезно. В клинической картине обнаруживаются также расстройства внимания и памяти.

Соматоневрологические признаки включают центральные, периферические и вегетативные расстройства. Среди последних наиболее часто определяются вегетативно-сосудистые нарушения, гипергидроз, акроцианоз, похолодание конечностей. Довольно рано появляется тремор рук, нарушаются мелкие конструктивные движения, сухожильные рефлексы (повышение на руках или повышение на ногах и понижение на руках). Нередки гипомимия, нистагм, вялость зрачковой фотореакции, симптомы орального автоматизма, атактические расстройства, тонические судороги мышц нижних конечностей (алкогольная тетания), явления дизартрии. Типичны поражения периферических нервов — моно- и полиневриты, протекающие по чувствительному, реже — по двигательному типу. Периферические расстройства характеризуются болями, парестезиями либо гипалгезиями, в основном нижних конечностей; в поздних стадиях — атактической походкой (алкогольный псевдотабес).

При острых неврологических расстройствах возможны эпилептиформные припадки, явления энцефалита, острое нарушение мозгового кровообращения по типу инсульта.

К *соматическим признакам* относятся расстройства функции сердечно-сосудистой (миокардиодистрофия, токсический миокардит, кардиосклероз); пищеварительной (гастрит, вначале гиперацидный, затем — анацидный), гепатит, вначале токсический, затем дистрофический, панкреатит (подострый или хронический, рецидивирующий), эндокринной (нарушения половой функции) систем, обмена веществ (в результате нарушения усвоения витаминов — цинга, потеря эластичности кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, нарушения обмена — вначале избыточное отложение жира в подкожной основе, позднее — резкое исхудание). Возможно сочетание явлений цирроза печени и атрофических изменений в половых железах (гепато-тестикулярный синдром).

Вследствие значительного снижения сопротивляемости организма к инфекциям больные алкоголизмом часто болеют пневмонией, бронхитом, другими простудными заболеваниями, в том числе радикулитами и радикулоневритами.

При внешнем осмотре обращает на себя внимание одутловатость и багрово-пепельный цвет кожи лица, потускнение роговой оболочки глаз, маловыразительная мимика, снижение живости и выразительности экспрессивных движений, внешние признаки запущенности; наряду с этим отмечается довольно живой мимически-вкусовой рефлекс при упоминании об алкогольных напитках (оживление положительных мимических реакций с облизыванием и проглатыванием слюны).

Течение. При всей расплывчатости границ этапов развития алкоголизма выделяют три клинические стадии в зависимости от степени выраженности психопатологических, соматоневрологических и социальных признаков, характера абстинентного синдрома и сроков формирования симптоматики. Проявления алкоголизма в динамике тесно связаны с преморбидными особенностями личности и соматическим состоянием, возрастом, полом и условиями конкретной микросоциальной среды.

На практике наиболее удобной является классификация алкоголизма по стадиям, предложенная Л. А. Портновым, И. Н. Пятницкой, И. В. Стрельчуком:

I — начальная (легкая), неврастеническая стадия — характеризуется притуплением, а затем и исчезновением рвотного рефлекса при значительном повышении дозы алкоголя, потерей контроля над выпитым в связи с утратой чувства насыщения. В состоянии опьянения больные склонны к повышенной раздражительности, придирчивости, алкогольному куражу, конфликту либо к внезапному переходу в состояние благодушия; вне состояния опьянения — к повышенной раздражительности. Длительность стадии от 1 года до 5 лет, чаще 2—3 года.

II — средняя, наркоманическая стадия — характеризуется формированием похмельного синдрома с дальнейшим усилением явлений толерантности и амнестическими формами опьянения. В состоянии опьянения — хулиганские действия, связанные с преобладанием злобно-раздражительных аффектов, вне состояния опьянения — нарушение сна, явления социальной деградации, поверхностное отношение к трудовой деятельности и семейным обязанностям. Обнаруживаются соматические и вегетативные расстройства. Длительность стадии от 3—5 до 10 лет.

III — исходная (тяжелая), энцефалопатическая стадия — характеризуется выраженным похмельным синдромом, соматическими расстройствами, снижением толерантности к алкоголю (опьянение наступает от значительно меньших, по сравнению с первоначальными, доз), запоями и псевдозапоями (хроническое опохмеление), резко выраженной алкогольной деградацией с соматической и неврологической патологией. Формируется через 10—15 лет.

Возрастные особенности алкоголизма. У лиц, начавших употреблять алкогольные напитки в подростковом и юношеском возрасте, привыкание к алкоголю наступает значительно быстрее (в 4—5 раз по И. В. Стрельчуку), чем у лиц зрелого возраста, причем максимальная доза алкоголя, потребляемого в условиях образовавшейся повышенной толерантности, обычно невелика. Известны случаи, когда контроль за дозой утрачивался после 2—3 массивных алкогольных эксцессов, вслед за чем наступала быстрая деградация. Больные алкоголизмом молодого возраста раньше начинают совершать злостные правонарушения, социально-воспитательные меры воздействия на них оказываются менее эффективными. Острые алкогольные психозы у таких лиц развиваются даже через 1—2 года после начала злоупотребления алкоголем.

Особенности течения алкоголизма у женщин. Наиболее часто начало злоупотребления алкоголем совпадает с неблагоприятной семейно-бытовой ситуацией (неустроенность, личная драма). Характерно довольно быстрое привыкание к алкоголю, но явления зависимости, утраты контроля за выпитым не носят столь

явного, открытого
и, частично, во II)
влетворяющей их
шенной толерантно
осознают пагубнос
с чем впадают в ол
как правило, в ол
ление. В поведе
тено-невротическо
клинике абстинент
выражены. В I и
у мужчин, амнест
ют. Многие женщ
ности, но более
внешностью, появ
суживается круг э
происходит у женщ
является расторм
стремление к пьян
каяния. Для этой
ния, аморальное
как правило, не
пьянства, редко и
даже I стадии ал
ные стремятся вс
нако нередко случ
ческому употребл
под влиянием изм
щины особое знач
ребенка).

Алкогольные
ные психозы — бе
рый алкогольный
нические алкоголь
ный бред ревности
галлюциноз; гемом
лезнь Гайе — Вер

Острые и зат
гольными, возник
цифической) прич

Возникновени
кожных психоз
играющих роль п
ность клиники по
тые алкогольные
и хронические.

Патоморфоз
дельных их форм
ется острый алко
лич, классический
люциноз практиче
картины и течения
ки (абортивные, ат

явного, открытого характера. Больные длительное время (в I стадии и, частично, во II) придерживаются стабильной дозы алкоголя, удовлетворяющей их влечение, что может создавать впечатление повышенной толерантности. В начальный период алкоголизма больные осознают пагубность и безнравственность своего влечения, в связи с чем впадают в депрессию с чувством вины. Употребляя алкоголь, как правило, в одиночестве, женщинам часто удается скрыть злоупотребление. В поведении преобладают эмоциональные расстройства астено-невротического характера, повышенная раздражительность, в клинике абстинентного синдрома вегетативные симптомы не столь выражены. В I и II стадиях, которые обычно более длительны, чем у мужчин, амнестические формы опьянения, как правило, отсутствуют. Многие женщины продолжают выполнять свои семейные обязанности, но более поверхностно относятся к ним, меньше следят за внешностью, появляются элементы гротеска в одежде и косметике, суживается круг знакомств и интересов. Переход от II к III стадии происходит у женщин быстрее и злокачественнее, чем у мужчин. Появляется расторможенность влечений, распушенность, циничность, стремление к пьянству в мужской компании, отсутствует чувство раскаяния. Для этой стадии характерны амнестические формы опьянения, аморальное поведение с асоциальными поступками. Больные, как правило, не обращаются за медицинской помощью по поводу пьянства, редко искренне хотят лечиться. Поэтому лечение во II и даже I стадии алкоголизма у женщин дает нестойкий эффект, больные стремятся всеми возможными средствами скрыть рецидив. Однако нередки случаи, когда женщины, приобщившиеся к систематическому употреблению алкоголя, самостоятельно прекращают пить под влиянием изменившейся жизненной ситуации, имеющей для женщины особое значение (вступление в брак, беременность, рождение ребенка).

Алкогольные психозы подразделяются на: 1) острые алкогольные психозы — белая горячка, острый алкогольный галлюциноз; острый алкогольный параноид; 2) затяжные (протрагированные) и хронические алкогольные психозы — алкогольный параноид (алкогольный бред ревности); корсаковский психоз; хронический алкогольный галлюциноз; геморрагический полиэнцефалит (энцефалопатия) — болезнь Гайе — Вернике.

Острые и затяжные алкогольные психозы являются метаалкогольными, возникающими вследствие алкогольно-токсической (специфической) причины.

Возникновение, особенности симптоматики и течения метаалкогольных психозов зависят от различных патогенных факторов, играющих роль провоцирующих, а также обуславливающих атипичность клиники психоза и влияющих на прогноз. Рецидивирующие острые алкогольные психозы имеют тенденцию к переходу в затяжные и хронические.

Патоморфоз алкогольных психозов: 1) изменение частоты отдельных их форм (чаще, чем 2—3 десятилетия тому назад, отмечается острый алкогольный параноид, реже — алкогольный псевдопаралич, классический корсаковский психоз; хронический алкогольный галлюциноз практически не встречается), 2) изменение клинической картины и течения алкогольных психозов, в частности, белой горячки (абортивные, атипичные формы).

Белая горячка (алкогольный делирий), как правило, возникает после прекращения запоя, в состоянии абстиненции, чаще под воздействием таких провоцирующих факторов, как интеркуррентные заболевания, обострение заболеваний, вызванных длительным злоупотреблением алкоголем (гастрит, гепатит, панкреатит), оперативные вмешательства, физические травмы. Этим объясняются довольно частые случаи возникновения белой горячки в условиях соматического стационара.

За 2—3 дня до обнаружения развитой картины болезни появляются продромальные признаки психоза: повышение потливости, тревожное настроение, нарушение сна с кошмарными сновидениями, головная боль. Психоз дебютирует в вечерне-ночное время делириозным состоянием с типичными галлюцинациями и выраженными вегетативно-соматическими расстройствами (обильная потливость, дрожание, тахикардия). Длительность алкогольного делирия — 2—3 дня, при интенсивной терапии — 1—2 дня.

Заболевание может осложниться судорожными эпилептическими припадками, которые иногда возникают в продромальный период, во время дебюта или течения делирия, что свидетельствует об энцефалопатической природе алкогольных расстройств; возможен также переход заболевания в острый алкогольный паранойд (резидуальный), реже — в корсаковский психоз.

Атипичные формы белой горячки характеризуются: 1) включением в клиническую картину онейроидно-аментивных симптомов, явлений оглушенности, 2) преобладанием слуховых (аудитивный тип делирия) и тактильных галлюцинаций (особенно ощущение инородного тела во рту), сенестопатических галлюцинаций над зрительными (визуальный тип делирия); 3) явлениями так называемого профессионального делирия. Типичная для белой горячки вегетативная симптоматика в этих случаях может быть нерезко выраженной либо фрагментарного характера (например, наличие тремора при относительно небольшой потливости). При этих формах часто быстро нарастают явления сердечно-сосудистой недостаточности, развивается коллапс, возможен летальный исход.

Острый алкогольный галлюциноз чаще развивается после массивного алкогольного эксцесса, иногда после белой горячки. Преобладают истинные слуховые галлюцинации в виде специфических диалогов на фоне формально ясного сознания. Сопровождается чувством страха, тревожно-боязливого напряжения; возможны параноидные включения с визуализацией представлений, адекватных содержанию галлюцинаций (в последних часто «обсуждаются» способы самоуничтожения). Соматовегетативная симптоматика отсутствует либо выражена слабо. Длительность психоза — от нескольких дней до 2—3 нед. Переход острого алкогольного галлюциноза в хронический наблюдается редко.

Острый алкогольный паранойд возникает у больных алкоголизмом под влиянием дополнительных астенизирующих факторов (психогении, соматогении, переутомления). В клинической картине преобладают бредовые идеи преследования (за короткое время количество «преследователей» быстро увеличивается), сопровождающиеся страхом, визуализацией бреда и стремлением больного прибегнуть к «защите». Бред является первичным, но поддерживается ситуацией (бредовое истолкование). Длительность психоза — от нескольких дней до 2—3 нед. Возможна нерезко выраженная вегетативная симп-

томатика. Если боль
рый алкогольный па
тяжной с преоблада
вых отношений.
Алкогольный бр
формах и стадиях ал
ного) бредообразова
Отличается монотем
нии опьянения, приче
ем полового влечения
тельства признания
предъявляемых «фак
случаях могут возни
ствиями. В бред мо
жизни. С прекращен
иной степени дезакту
Корсаковский пс
тии, особенно у лиц,
мя в классической ф
осложнение атипично
ки психоза: 1) расстр
онная амнезия) с ам
мятованием ближайш
по ходу беседы комп
ные воспоминания (к
(конфабуляции), кото
с больным, реже — не
жение психической пр
4) явления полиневри
чувствительному типу
благодушием. В случа
дуктивных парамнезий
гоприятный. Корсаков
ет тенденцию к слаб
компенсаторных механ
время признаки корса
слабо либо парциальн
без парамнезий и с
явлениями (гиперальг
знаками алкогольной
стройств.
Хронический алког
когольного психоза, во
раста при наличии це
травмы, поражения ор
гих лет испытывают
тельного содержания
галлюцинациям больны
должают вести обычны
Алкогольная энцефа
рячки. Вначале обнару
кататоноподобных и
ми оглушения, с

томатика. Если больной продолжает злоупотреблять алкоголем, острый алкогольный параноид может рецидивировать и перейти в затяжной с преобладанием бредовых идей толкования семейно-бытовых отношений.

Алкогольный бред ревности может развиваться при различных формах и стадиях алкоголизма по типу параноического (паранойального) бредообразования (систематизированного бреда толкования). Отличается монотематическим содержанием, усиливается в состоянии опьянения, причем агрессивные тенденции сочетаются с усилением полового влечения к партнеру. При этом очень опасны домогательства признания в измене. Обращает на себя внимание нелепость предъявляемых «фактов» и «доказательств» неверности. В отдельных случаях могут возникать идеи преследования с агрессивными действиями. В бред могут включаться истолкования фактов прошлой жизни. С прекращением пьянства идеи ревности могут в той или иной степени дезактуализироваться.

Корсаковский психоз — разновидность алкогольной энцефалопатии, особенно у лиц, употребляющих суррогаты, — в настоящее время в классической форме наблюдается довольно редко, обычно как осложнение атипично протекающей белой горячки. Основные признаки психоза: 1) расстройство памяти на текущие события (фиксационная амнезия) с амнестической дезориентировкой, частичным забыванием ближайшего прошлого (при этом отмечаются попытки по ходу беседы компенсировать грубые дефекты памяти); 2) ложные воспоминания (парамнезии), преимущественно продуктивные (конфабуляции), которые могут «воспитываться» по ходу беседы с больным, реже — непродуктивные (псевдореминисценции); 3) снижение психической продуктивности и активности (инактивность); 4) явления полиневрита с нарушениями по двигательному и (или) чувствительному типу. Аффективность может проявляться вялым благодушием. В случае преобладания в клинической картине непродуктивных парамнезий (псевдореминисценций) прогноз более неблагоприятный. Корсаковский психоз при воздержании от алкоголя имеет тенденцию к слабому регрессированию симптоматики (за счет компенсаторных механизмов). В клинической практике в настоящее время признаки корсаковского психоза довольно часто выражены слабо либо парциально: ослабление памяти по корсаковскому типу без парамнезий и с легкими чувствительными полиневритическими явлениями (гиперальгезии) либо полиневритические явления с признаками алкогольной энцефалопатии без грубых мнестических расстройств.

Хронический алкогольный галлюциноз — очень редкая форма алкогольного психоза, возникающая в основном у лиц пожилого возраста при наличии церебрального атеросклероза, черепно-мозговой травмы, поражения органа слуха и др. Больные на протяжении многих лет испытывают вербальные галлюцинации — диалоги отрицательного содержания, комментирующие поступки больного. К этим галлюцинациям больные «приспосабливаются», вне обострения продолжают вести обычный образ жизни.

Алкогольная энцефалопатия — болезнь Гайе — Вернике (геморрагический полиэнцефалит) возникает чаще как осложнение белой горячки. Вначале обнаруживаются включения в делириозный синдром кататоноподобных и аментивных симптомов, сменяющихся явлениями оглушения, сопора. Наблюдаются полиморфные неврологические

расстройства — гиперкинезы, акинезы общего и парциального характера, глазные симптомы, оральный автоматизм и другие подкорковые двигательные проявления. Соматические признаки: истощение, гипертермия, сердечно-сосудистые расстройства, нарушение деятельности пищеварительной системы, функции печени. В крови — лейкоцитоз, в ликворе — повышение количества белка. Заболевание длится до нескольких недель, после чего развивается органический психосиндром (выраженное слабоумие).

Психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя при отсутствии хронического алкоголизма, могут быть обусловлены особенностями почвы (эндогенными аффективными колебаниями) либо астеническими и органическими предрасполагающими факторами. К ним относятся:

Дипсомания — запойное пьянство. Характеризуется расстройствами настроения циклотимического, дисфорического (эпилептоидного, эпилептического) происхождения, часто с соматическим компонентом (головная боль, бессонница, анорексия и др.), внезапным появлением сильного влечения к алкоголю с реализацией его в форме запоя: больной поглощает в больших количествах алкоголь, не обнаруживая признаков тяжелого опьянения. Запой продолжается от нескольких дней до 2—3 нед, заканчивается внезапно, после чего появляется отвращение или равнодушие к алкоголю. От дипсомании следует отличать псевдодипсоманические состояния — запои, наблюдаемые у больных алкоголизмом как периоды усиленного злоупотребления алкоголем с опохмелениями, после относительно короткого вынужденного или добровольного воздержания или на фоне эпизодического пьянства.

Патологическое опьянение — острое психотическое состояние, протекающее по типу сумеречного расстройства сознания, часто с криминальными последствиями. Возникает при наличии измененной препсихотической почвы — психопатических, астенических состояниях различного генеза, органических заболеваниях головного мозга. Клинические особенности патологического опьянения (обычно психиатрами непосредственно не наблюдаются, а устанавливаются судебно-психиатрической экспертизой): 1) развивается, как правило, после приема относительно небольшой (50—200 г) дозы алкоголя; 2) кратковременность; 3) отсутствие признаков простого алкогольного опьянения; 4) резкое изменение поведения в форме агрессивно-разрушительных действий при внешней упорядоченности двигательных актов; 5) заканчивается критическим состоянием с полной или частичной амнезией перенесенного.

Депрессивное состояние при алкоголизме может наблюдаться в рамках похмельного синдрома и в состоянии неглубокого алкогольного опьянения у лиц, склонных к депрессивным реакциям или употребляющих суррогаты. Иногда депрессивное состояние, особенно при наличии психогенно-травматических факторов, имеет тенденцию к протракции. Суицидальные попытки относительно редки. В структуре депрессии возможны дистимические и дисфорические включения.

Истерические реакции при алкоголизме — самоповреждения и суицидальные попытки возникают чаще в состоянии алкогольного опьянения при конфликтных ситуациях семейно-бытового характера. При выраженной алкогольной деградации истерические ре-

акции проявляют
рушительными дей
Лечение включ
тивное медикамент
дивное) лечение на
ное значение на
психологическое
лекс индивидуализ
ра, направленных
от приема алкого
ют существующие
в законодательные
(см. Главу 5). На
болевания на ра
значение имеет п
рецидивов и «срыв
симо от кратности
жение стойких рем

Вопрос о квал
ве медицинского э
латорно или в ста
наркологического
особенностей уста
матоневрологическ

Психотерапия
болезни, убеждени
ния, активной бор
ку положительных
Метод психотерапи
ма, степени внуша
фессия, семья, дет
методы (внушение
нальная психотера
рамках трудотерап

Суггестивная т
циональная психоте
чения. Гипнотерапи
ющей медикамент
дована на начальн
резервов личности
истинного прогноза
цессе лечения може
зах пациента. На
эмоционально-стрес
фактивной. В нача
альная психотерапи
большое значение
лиц, излечившихся
тоды психотерапев
психологического к
ствующего повыше
Медикаментозно
тельный — направле
токсикации (дезинт

акции проявляются демонстративными злобно-агрессивными и разрушительными действиями, вплоть до преступных.

Лечение включает: 1) психотерапевтическое воздействие; 2) активное медикаментозное лечение; 3) поддерживающее (противорецидивное) лечение; 4) трудовую терапию и реабилитацию. Немаловажное значение на всех этапах имеет общественно-административное психологическое воздействие, которое следует понимать как комплекс индивидуализированных мероприятий воспитательного характера, направленных на осознание больным необходимости воздержания от приема алкогольных напитков. Этому в полной мере способствуют существующие законоположения и правила, сформулированные в законодательных актах, направленных на борьбу с алкоголизмом (см. Главу 5). Наибольший эффект достигается при выявлении заболевания на ранних стадиях и своевременном лечении. Большое значение имеет при этом правильное отношение врача к случаям рецидивов и «срывов»: от готовности врача помочь больному, независимо от кратности рецидивов, часто зависит успех лечения и достижение стойких ремиссий, особенно в I и II стадиях болезни.

Вопрос о квалификации случая алкоголизма решается на основе медицинского заключения. Лечение может осуществляться амбулаторно или в стационаре. Выбор вида лечебно-профилактического наркологического учреждения, форм и методов лечения зависит от особенностей установки больного, стадии алкоголизма и данных соматоневрологического обследования.

Психотерапия направлена на воспитание у больного оценки своей болезни, убеждение в необходимости противоалкогольного лечения, активной борьбы со своим недугом (воздержания) и выработку положительных установок на жизненно-трудовое приспособление. Метод психотерапии выбирается в зависимости от стадии алкоголизма, степени внушаемости и сохранности жизненных ценностей (профессия, семья, дети, увлечения и т. п.). Используются суггестивные методы (внушение в состоянии бодрствования и в гипнозе), рациональная психотерапия, опосредованное психическое воздействие в рамках трудотерапии, медикаментозные средства.

Суггестивная терапия в форме внушения в бодрствовании и рациональная психотерапия проводятся на протяжении всего курса лечения. Гипнотерапия закрепляет эффект активной либо поддерживающей медикаментозной терапии, но не всегда может быть рекомендована на начальных этапах лечения, так как не раскрывает волевых резервов личности пациента, в части случаев затрудняет определение истинного прогноза, а при возможных «срывах» и рецидивах в процессе лечения может привести к дискредитации самого метода в глазах пациента. На последующих этапах гипнотерапия (в частности, эмоционально-стрессовая по Рожнову) может оказаться весьма эффективной. В начале лечения, как правило, применяется индивидуальная психотерапия, затем групповая или коллективная. При этом большое значение имеет привлечение к психотерапевтической работе лиц, излечившихся от алкоголизма. Опосредованные, косвенные методы психотерапевтического воздействия направлены на создание психологического климата в семье и трудовом коллективе, способствующего повышению эффективности лечения.

Медикаментозная терапия состоит из трех этапов: 1) подготовительный — направлен на ликвидацию последствий алкогольной интоксикации (дезинтоксикационная терапия); 2) активное лечение

алкоголизма (сенсibiliзирующая, условнорефлекторная или аверсионная); 3) поддерживающее противорецидивное лечение. На первом этапе (стационарно или амбулаторно) назначаются медикаментозные средства, купирующие абстинентные явления, дезинтоксикационные и нормализующие общее состояние больного (общеукрепляющие, то-низирующие, нормализующие обменные процессы и улучшающие де-ятельность внутренних органов). Вводятся растворы глюкозы, ма-гния сульфата, тиоловые препараты, раствор натрия тиосульфата или унитиола, уротропин. Наряду с этим по общепринятым схемам на-значаются витамины — тиамин, никотиновая кислота, пиридоксин, рибофлавин, цианокобаламин, фолиевая кислота (больным с резким исхуданием), кальция пангамат, а также аскорбиновая кислота, ви-тамин Р (при повышенной проницаемости сосудов). При выражен-ных явлениях абстиненции и сердечно-сосудистых нарушениях назна-чаются аналептические средства (кофеин-бензонат натрия, кордиа-мин, камфора и коразол в течение 3—4 дней), спазмолитические и коронаролитические средства (папаверина гидрохлорид, дибазол, но-шпа, эуфиллин), а при показаниях — корвалол, валокордин, капли Зеленина, валидол в общепринятых дозах.

На всех этапах противоалкогольной терапии применяются обще-укрепляющие и стимулирующие средства — препараты фосфора, же-леза, мышьяка (фосфен, церебролецитин, липоцеребрин, фитин, каль-ция глицерофосфат, дуплекс) и биогенные стимуляторы (экстракт алоэ, ФиБС, стекловидное тело); для нормализации обмена ве-ществ — метионин, глютаминовая кислота, аминалон, при выражен-ных астенических явлениях — стрихнина нитрат, секуринина нитрат, пантокрин, таблетки корня женьшеня, препараты лимонника.

Назначаются седативные средства в форме неспиртовых микстур, настоек и экстрактов (препараты брома, валерианы, пустырника, пассифлоры инкарнатной) в общепринятых дозах. Для устранения чувства тревоги, страха, беспокойства и нормализации сна использу-ют транквилизаторы — хлордизепоксид (элениум), диазепам (седук-сен, валиум), оксазепам (тазепам, нозепам), нитразепам (эуноктин, радедорм), мепротан (мепробамат, андаксин). Длительность курса лечения определяют в зависимости от состояния больного. При деп-рессивных состояниях назначают антидепрессанты — имизин (мели-прамин), амитриптилин (триптизол), азафен, пиразидол, ниламид (нуредаль, ниламид), при астено-невротических и астено-депрессивных состояниях — сиднокарб, а при депрессивно-ипохондрических — аце-фен (центрофеноксил).

В комплекс противоалкогольной терапии, особенно при наличии тяжелых абстинентных расстройств с риском развития алкогольных психозов, а также при поддерживающем лечении включают нейро-лептические препараты — аминазин (хлорпромазин), левомепромазин (тизерцин, нозинан), этаперазин (перфеназин), френолон (метофена-зин), трифтазин (стелазин, трифлуперазин), тиоридазин (меллерил, сонапакс), хлорпротиксен (труксал, тараксан), галоперидол (гало-фен), карбидин; дозы и длительность лечения — по клиническим по-казаниям.

Для подавления влечения к алкоголю в процессе активного ле-чения часто используют гипертермические средства — сульфозин и пирогенал, для купирования абстинентных явлений — натрия оксibu-тират, для выработки отвращения — препараты или лекарственные смеси, вызывающие тошнотно-рвотную реакцию, — эметина гидрохло-

рид, апоморфина
сульфат, отвар б
рия тиосульфат.
акции средства
ниях. Для сенс
дисульфидом, аб
мид, метронидаз
с этим проводят
работанным схем
ются комбиниров
ной, сенсibiliзир
Поддержива

ния включает те
алкоголем, а та
сibiliзирующий
Периодически сл
ми средствами.
назначаются тра
ли лития. продо
и более.

Трудовая тер
го лечения алко
льная организа
профессиональн
тивность лечени

Лечение остр
ционаре. При эт
тических и невр
физиологических
торного возбужд

Лечение алко
течения. При аб
ветствует класс
использовать сме
го в 30—40 мл с
лучше галоперид
медролом или су
внутримышечно)
10 мл 20% раст

токсикационную,
кордиамин и кам
текающих) делир
купирования пси
пам и натрия окс
интенсивной тера
но и средства ви
фуросемид). По
продолжают лече
ми и витаминами.

Принципы ле
ноза те же, но бо
способы введения
При затяжных
чения длительног

рид, апоморфина гидрохлорид, меди сульфат (медный купорос), цинка сульфат, отвар баранца, никотиновая кислота в больших дозах, натрия тиосульфат. При этом рвотные и вызывающие вегетативные реакции средства применяются в различных модификациях и сочетаниях. Для сенсibilизации организма применяют тетурам (антабус, дисульфирам, абстинил, антиэтил, тиурам, эспераль, абрифид), циамид, метронидазол (трихопол), фуразолидон, пирроксан; наряду с этим проводят пробы с алкоголем (провокации) по специально разработанным схемам. С целью повышения эффективности рекомендуются комбинированные методы активной терапии (условнорефлекторной, сенсibilизирующей и гипносуггестивной).

Поддерживающая (противорецидивная) медикаментозная терапия включает тетурам (антабус) в небольших дозах без провокаций алкоголем, а также другие сенсibilизирующие средства, либо сенсibilизирующий препарат пролонгированного действия (эспераль). Периодически следует проводить курсовое лечение общеукрепляющими средствами. При угрозе рецидива, эмоциональных расстройствах назначаются транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и соли лития. Продолжительность поддерживающей терапии — 2—3 года и более.

Трудовая терапия проводится на всем протяжении стационарного лечения алкоголизма и является методом реабилитации. Правильная организация труда с учетом индивидуальных интересов и профессиональных возможностей позволяет контролировать эффективность лечения — степень выработки положительных установок.

Лечение острых алкогольных психозов проводится только в стационаре. При этом учитывается стадия алкоголизма, тяжесть соматических и неврологических расстройств (осложнений), состояние физиологических констант организма, степень и характер психомоторного возбуждения.

Лечение алкогольного делирия проводится с учетом тяжести его течения. При abortивном делирии и делирии средней тяжести (соответствует классическому описанию) применяют барбитураты (можно использовать смесь Попова — 0,3—0,4 г фенобарбитала, растворенного в 30—40 мл спирта с добавлением до 100 мл воды), нейролептики, лучше галоперидол (по 1—2 мл 0,5% раствора внутримышечно) с димедролом или супрастином; либо диазепам (2—4 мл 0,5% раствора внутримышечно) и натрия оксибутират (по 2—4 г внутрь или по 10 мл 20% раствора внутривенно). Наряду с этим проводят дезинтоксикационную, дегидратационную и витаминотерапию, назначают кордиамин и камфору. При тяжелых (фебрильных и атипично протекающих) делириях назначать нейролептики противопоказано. Для купирования психотического состояния внутривенно вводят диазепам и натрия оксибутират. При необходимости применяются методы интенсивной терапии: комбинированные полиионные растворы капельно и средства внутриклеточной дегидратации (мочевина, маннитол, фуросемид). По показаниям — кислород. После окончания психоза продолжают лечение седативными, дезинтоксикационными средствами и витаминами.

Принципы лечения острого алкогольного параноида и галлюциноза те же, но более широко применяются нейролептики; дозы их и способы введения подбираются индивидуально.

При затяжных и хронических алкогольных психозах для обеспечения длительного воздержания больных от приема алкогольных

напитков создаются специальные условия содержания, проводится дезинтоксикационная терапия с учетом соматического состояния, при затяжных алкогольных бредовых синдромах — нейролептики, при корсаковском полиневритическом психозе и алкогольной энцефалопатии — аминалон, витамины (особенно витамины группы В) и препараты, нормализующие деятельность сердечно-сосудистой и пищеварительной системы.

Глава 13

ПСИХОЗЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Психозы позднего возраста — психические расстройства, возникающие в предстарческом (45—60 лет) и старческом (свыше 60 лет) возрасте. Однако в позднем возрасте возможны и другие психические заболевания, обычно манифестирующие в более ранние возрастные периоды; их возрастные особенности описаны в соответствующих разделах.

Психические заболевания собственно позднего возраста подразделяются на две группы: 1) психозы, обусловленные органическим мозговым поражением и приводящие к слабоумию; к ним относятся: а) атрофические процессы — старческое слабоумие, болезнь Пика, болезнь Альцгеймера и б) психозы сосудистого происхождения; 2) инволюционные психозы (так называемые функциональные, протекающие без слабоумия) — инволюционная меланхолия и бредовые психозы.

Старческое слабоумие характеризуется неуклонно-прогредиентным течением, обусловленным диффузным атрофическим поражением головного мозга.

Эпидемиологическая справка. Старческое слабоумие составляет от 12 до 25% психических заболеваний старческого возраста, при которых необходима госпитализация в психиатрическую больницу. По данным М. Г. Щириной (1975), среди больных старше 60 лет, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере № 2 Москвы, старческое слабоумие диагностировано у 4,3%.

Этиология и патогенез. Играть роль генетические факторы, однако механизм наследования изучен недостаточно. Существенное значение в возникновении заболевания имеют соматогенные факторы, нередко провоцирующие дебют психоза и существенно влияющие на его течение. Морфологически обнаруживаются явления диффузной атрофии головного мозга, микроскопически — атрофия и гибель нервных клеток, преимущественно верхних слоев коры, пролиферация глии. С помощью специальной окраски препаратов методом Бильшовского обнаруживаются в большом количестве старческие бляшки и перерожденные по альцгеймеровскому типу нейрофибриллы. При исследовании нейроаутоиммунных процессов в сыворотке крови и ликворе определяются мозговые антигены, противомозговые комплексы связывающие антитела, главным образом на белковые экстракты из серого вещества коры головного мозга; кроме того, выявляется специфический характер сенсibilизации лимфоцитов периферической крови, коррелирующей со степенью выраженности интеллектуально-мнестических расстройств.

Клиника. Боль
длительность забо
благоприятными
продолжительности
отмечаются и сл
образом в связи с
Первые проявл
скому типу, заост
тера и появление
тельность, безраз
рямство, мораль
утрата основных
ослабление памяти
события недавне
ентировка во вр
ется «сдвиг сит
значение имеют
гическое оживлен
ствами памяти с
способность запо
навания и ложно
ющее слабоумие
Возможны несист
ущерба (мораль
С прогрессирова
убыль. Нарушает
ние, больной пер
теряет тему бесе
чая активность
ся письменная ре
ные персевераци
автоматизирован
текст представля
нильная аграфия

Клинические
симптоматикой
ставляет 5,5% сл
му, 1949), главн
ческий делирий
чаще (26% случ
стью, иллюзорны
сти появляется
ходной стадии —
симптоматика об
вредностей; 3) к
и возникает ча
кору головного м
атеросклерозом
ность, душевная
умия, иногда — п
ко выраженные
ляции.

Прогноз неб
и завершается о

Клиника. Болезнь начинается чаще всего после 65 лет. Средняя длительность заболевания до 5 лет, однако, наряду с относительно благоприятными и малопрогрессирующими его формами, при которых продолжительность заболевания оказывается значительно большей, отмечаются и случаи злокачественного, ускоренного течения, главным образом в связи с интеркуррентной инфекцией.

Первые проявления заболевания: изменение личности по старческому типу, заострение преморбидно присущих больному черт характера и появление новых личностных свойств (эгоцентризм, подозрительность, безразличное отношение к близким, немотивированное упорство, моральное оупение); раннее разрушение ядра личности, утрата основных морально-этических качеств. Быстро прогрессирует ослабление памяти, в первую очередь памяти на текущие события и события недавнего прошлого. Рано возникает амнестическая дезориентировка во времени, месте и собственной личности. Обнаруживается «сдвиг ситуации в прошлое», в генезе которого известные значение имеют дефектное восприятие окружающей среды и патологическое оживление запасов прошлого жизненного опыта. С расстройствами памяти связаны и явления фиксационной амнезии (неспособность запомнить даже несложный новый материал), ложного узнавания и ложной ориентировки. Характерно неуклонно прогрессирующее слабоумие, носящее с самого начала глобальный характер. Возможны несистематизированные бредовые идеи, чаще всего — идеи ущерба (морального или телесного), обкрадывания, обнищания. С прогрессированием слабоумия бредовые переживания идут на убыль. Нарушается речь: нарастает ее оскудение, смысловое обеднение, больной перестает понимать обращенную к нему речь, быстро теряет тему беседы; при этом отмечается относительно высокая речевая активность и сохранность естественных модуляций. Нарушается письменная речь: буквы деформируются, отмечаются множественные персеверации, утрачивается способность воспроизводить даже автоматизированные энграммы (фамилию, имя, адрес); рукописный текст представляет собой бессмысленную вереницу штрихов («сенильная аграфия» по Крепелину).

Клинические формы: 1) простая, характеризующаяся описанной симптоматикой и отсутствием психопатологической продукции, составляет 5,5% случаев старческого слабоумия (по А. В. Снежневскому, 1949), главным образом при неосложненном его течении; 2) старческий делирий (старческая спутанность) наблюдается значительно чаще (26% случаев) и характеризуется непродуктивной спутанностью, иллюзорными переживаниями. При более глубокой спутанности появляется профессиональный бред, речевая бессвязность. В исходной стадии — монотонное возбуждение в постели. Психотическая симптоматика обусловлена воздействием дополнительных экзогенных вредностей; 3) конфабуляторная форма наблюдается в 31% случаев и возникает чаще всего вследствие сочетания сенильной атрофии коры головного мозга со злокачественно протекающим церебральным атеросклерозом и нефросклерозом. Характерны известная сохранность, душевная живость, более медленное прогрессирование слабоумия, иногда — повышенное стремление к деятельности. Типичны резко выраженные и прогрессирующие расстройства памяти и конфабуляции.

Прогноз неблагоприятный. Заболевание протекает без ремиссий и завершается общим психическим и физическим маразмом.

Диагностика. Существенное значение имеет обнаружение характерных изменений личности, явлений общей прогрессирующей амнезии, признаков тотального слабоумия. Чтобы дифференцировать психозы позднего возраста и церебральный атеросклероз, важно установить симптомы разрушения ядра личности, отсутствие астении в начале заболевания. В отличие от очаговых атрофий головного мозга (болезни Альцгеймера и Пика) для старческого слабоумия симптомы фокального поражения высших корковых функций в начале заболевания не типичны.

Лечение симптоматическое и общеукрепляющее, больным необходим уход. Госпитализация показана при резко выраженных нарушениях поведения, тенденции к антисоциальным поступкам, невозможности организовать уход за больным в домашних условиях. Желательно помещать больных в интернаты для длительно болеющих психическими заболеваниями инвалидов. Психотропные средства назначаются в состояниях возбуждения и в малых дозах.

Болезнь Альцгеймера — пресенильная деменция, рассматриваемая большинством исследователей как атипичная форма старческого слабоумия.

Эпидемиологическая справка. Наблюдается примерно у 5% психически больных позднего возраста.

Этиология и патогенез. Предполагается генетическая обусловленность. Морфологическая картина такая же, как при старческом слабоумии, однако значительно больше выражена локальная акцентуация атрофического процесса в лобной и височно-теменно-затылочной областях, а также атрофические изменения в подкорковой области. Изменения нейроаутоиммунных процессов аналогичны наблюдаемым при старческом слабоумии.

Клиника. Атипичность болезни Альцгеймера как формы старческого слабоумия обусловлена более ранним началом заболевания (средний возраст 55 лет) и очаговыми симптомами поражения коры головного мозга (афазия, агнозия, апраксия). В начале заболевания обнаруживаются изменения личности по старческому типу, на фоне которых развивается в определенной последовательности афатико-агностико-апрактический синдром. Так, отмечаемая вначале семантическая афазия сменяется амнестической афазией, затем обнаруживаются явления сенсорной афазии, к которой присоединяются моторная афазия с явлениями прогрессирующей логоклонии. Рано обнаруживаются аграфия и алексия. Конструктивная апраксия предшествует идеомоторной. Слабоумие с самого начала носит тотальный характер, однако длительное время у больных остается чувство своей несостоятельности. Расстройства памяти протекают по типу общей прогрессирующей амнезии. Конфабуляции мало продуктивны. Больные утрачивают навыки, становятся беспомощными. Характерна неврологическая симптоматика — паркинсонизм, хореоформные гиперкинезы, эпилептиформные припадки.

Значительно чаще болеют женщины. Продолжительность заболевания 8—10 лет. В исходной стадии — терминальное марантическое слабоумие, подкорковый оральный и хватательный автоматизм, насильственный смех и плач.

Прогноз неблагоприятный.

Диагностика строится на обнаружении сенильных изменений личности и первых признаков очаговых изменений коры, прогрессирующих в соответствии с определенным стереотипом. Некоторые симпто-

мы свидетель
В связи с эти
ся от классич
сосудистого ге
тине афазии
начальной ст
опережают на
вивается лого
чие обороты»,
Лечение т
Болезнь П
ставляет собо
витие деменци
Эпидемио
болезнь Альц
Этиология
ленность. В ос
жение централ
венно отличает
скопии — атроф
коры, старческ
ствуют или ма
коры обоих по
центуация в л
Клиника. Н
нем — в 55 лет
ный вариант»),
Продолжительн
чаще, чем муж
Альцгеймера. Х
нарушаются на
сти, критичност
Длительно отсу
мноти отмечают
конфабуляции.
сложных проявл
автоматизирован
интеллектуальны
фоне появляются
расстройства ре
В зависимо
деляют два вар
(задний). При л
тивность, вплотн
чается амнестич
стройств такая
явления стереот
отдельных слов
лии: вначале бол
изменяя (митиг
ческое повторени
ной не улавлива
Письменная речь
геймера, и длите

мы свидетельствуют о наличии множественных очагов поражения. В связи с этим, например, клиника афатического синдрома отличается от классической клиники очаговых поражений головного мозга сосудистого генеза. Так, появление парафазий не соответствует картине афазии, так как литеральные парафазии отмечаются уже в начальной стадии сенсорной афазии. Расстройства письменной речи опережают нарушения устной речи. В отличие от болезни Пика развивается логоклония, отсутствуют характерные для последней «стоячие обороты», палилалия, менее типичны персеверации.

Лечение такое же, как при страческом слабоумии.

Болезнь Пика относится к группе пресенильных деменций и представляет собой органический процесс, для которого характерно развитие деменции и очаговой симптоматики.

Эпидемиологическая справка. Наблюдается в 4—5 раз реже, чем болезнь Альцгеймера.

Этиология и патогенез. Предполагается наследственная обусловленность. В основе заболевания лежит системно-атрофическое поражение центральной нервной системы. Атрофический процесс существенно отличается от такового при сенильной патологии. При микроскопии — атрофия корковых клеток, в первую очередь, верхних слоев коры, старческие бляшки и перерожденные нейрофибриллы отсутствуют или малочисленны, при макроскопии — диффузная атрофия коры обоих полушарий, особенно левого, выраженная локальная акцентуация в лобных, височных и теменных отделах.

Клиника. Начинается заболевание в возрасте 45—60 лет (в среднем — в 55 лет). Известны случаи более раннего начала («ювенильный вариант»), а также дебюта заболевания в старческом возрасте. Продолжительность заболевания — около 6 лет. Женщины болеют чаще, чем мужчины, однако не настолько часто, как при болезни Альцгеймера. Характерно нарастание деменции. В первую очередь нарушаются наиболее сложные формы интеллектуальной деятельности, критичность, больные не могут осмыслить жизненные ситуации. Длительно отсутствуют амнестические проявления, расстройства памяти отмечаются на более поздних этапах заболевания. Отсутствуют конфабуляции. Деменция прогрессирует «сверху вниз» — от наиболее сложных проявлений интеллекта к наиболее простым, элементарным, автоматизированным. Происходит как бы диссоциация всех высших интеллектуальных функций, нарушается их координация. На этом фоне появляются очаговые корковые расстройства, в первую очередь расстройства речи.

В зависимости от локализации первичных центров атрофии выделяют два варианта болезни Пика: лобный (передний) и височный (задний). При лобном варианте прежде всего снижается речевая активность, вплоть до полной аспонтанности речи, при височном отмечается амнестическая афазия, последующая динамика речевых расстройств такая же, как при болезни Альцгеймера. Характерны также явления стереотипии, «стоячие обороты», палилалическое повторение отдельных слов и фраз. Отмечается своеобразная динамика эхолалии: вначале больные повторяют услышанные слова, слегка их видоизменяя (митигированная, облегченная эхолалия), затем эхолалическое повторение становится автоматическим, произвольным, больной не улавливает смысла повторяемой речи (истинная эхолалия). Письменная речь и чтение нарушаются позже, чем при болезни Альцгеймера, и длительное время осуществляются без осмысливания.

В исходной стадии — тотальное слабоумие, полное расстройство психофизической деятельности (маразм). Несмотря на значительное повышение аппетита, как и при болезни Альцгеймера, развивается кахексия.

Прогноз неблагоприятный.

Диагностика опирается на выявление сочетания признаков рано возникшего и быстро прогрессирующего диффузного слабоумия и симптомов очаговых нарушений коры большого мозга. Важное диагностическое значение имеют обнаруживаемые на ранней стадии заболевания синдромы изменения личности, различие которых обусловлено локализацией атрофического процесса. Для псевдопаралитического варианта болезни Пика (атрофия базальной поверхности лобной доли) характерны расторможенность, поступков и влечений, раннее моральное «огрубение», утрата стыдливости и такта. Больные совершают антисоциальные поступки, иногда у них обнаруживают гиперсексуальность, склонность к правонарушениям, воровству. Натурно, больные утрачивают инициативу, становятся индифферентными, апатичными (атрофический процесс конвекситантной локализации).

В начальной стадии болезни Пика возможны и кратковременные психотические проявления. Галлюцинации и бредовые высказывания носят рудиментарный характер, нестойки. Иногда наблюдаются спутанность, речедвигательное возбуждение.

Лечение симптоматическое, больные нуждаются в уходе. В связи с возможностью антисоциальных поступков с психотическими эпизодами больных относительно рано госпитализируют в психиатрическую больницу или в интернат для длительно болеющих психически-ми заболеваниями инвалидов.

Психозы сосудистого происхождения — психические нарушения, обусловленные сосудистой, главным образом церебральной, патологией. К этой группе относятся и психозы, наблюдающиеся при острой сосудистой экстрацеребральной патологии, например при инфаркте миокарда (см. главу «Консультативная работа психиатра в соматическом стационаре»).

Эпидемиологическая справка. По данным М. Г. Щириной (1975), сосудистые психические расстройства наблюдаются у 22,9% больных позднего возраста, находящихся на учете в психоневрологическом диспансере.

Этиология и патогенез. Основной этиологический фактор — поражение сосудов головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь, облитерирующий тромбангиит и т. д.). Ухудшение кровоснабжения мозговой ткани приводит к нарушению церебральных функций, вначале обратимому, а затем и к их выпадению. Играют роль конституциональные, соматогенные и психогенные факторы. Важное значение имеют нейроаутоиммунные сдвиги, которые проявляются выходом за гемато-энцефалический барьер мозговых антигенов, индуцирующих образование гуморальных и клеточных антител, главным образом на липоидные экстракты из белого вещества мозга, и приводящих к развитию самоподдерживающихся цепных аутоиммунных процессов.

Клиника. Психические расстройства наблюдаются на различных стадиях патологического процесса, своеобразие их проявлений обусловлено особенностями течения заболевания. Осевым психопатоло-

гическим синдромом является астения, на ее фоне возникают другие, факультативные, психопатологические проявления: неврозоподобные, психопатоподобные состояния, острые сосудистые психозы, являющиеся формами экзогенного типа реакций, эндоформные психозы. Для острых сосудистых психозов характерно нарушение сознания различной степени; они бывают транзиторными, эпизодическими или протрагированными. Эпизоды нарушения сознания имеют тенденцию к повторению. При протрагированном течении возможен переход одного синдрома нарушенного сознания в другой, глубина расстройства сознания меняется.

Клинические формы: 1) эндоформные сосудистые психозы — органические по происхождению, но по клиническим проявлениям напоминающие эндогенные; 2) хронические галлюцинозы — вербальные галлюцинации, к которым длительное время сохраняется критическое отношение, в некоторых случаях присоединяется аффект страха, появляются бредовые трактовки. Чаще болеют женщины. Иногда галлюцинации эротически окрашены, монотематичны (Я. П. Фрумкин, 1957); 3) бредовые психозы — бред систематизированного (параноидального) характера. Типичен бред ревности у мужчин (иногда бред ревности к прошлому). С нарастанием слабоумия бредовая симптоматика нивелируется; 4) аффективные психозы, в первую очередь сосудистые депрессии; характерные признаки: астения, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, ипохондричность. Возникают аффективно-обусловленные бредовые переживания. Возможен аффект тревоги и страха. Депрессии чаще кратковременны, однако в ряде случаев, особенно при наличии неблагоприятных патопластических факторов (конституциональных, соматогенных и психогенных), приобретают затяжное течение, в частности, по типу депрессивного развития.

При относительно благоприятном течении сосудистого процесса доминирующим симптомокомплексом остается атеросклеротическая астения. На ее фоне появляются симптомы выпадения, интеллектуально-мнестического снижения, развивается лакунарное слабоумие. В первую очередь нарушаются предпосылки интеллекта (память, внимание), отдельные психические функции снижаются неравномерно, «мозаично». Степень выраженности психопатологических симптомов может быть различной, отмечается мерцание симптомов. Сохраняется ядро личности. Типично недержание эмоций (слабодушие).

При неблагоприятном течении заболевания вследствие острого нарушения мозгового кровообращения или присоединения интеркуррентного соматического заболевания наблюдаются более грубые расстройства психики, при этом синдром деменции нередко формируется по тотальному типу и характеризуется глубоким нарушением интеллектуальной деятельности и утратой основных морально-этических свойств личности, возможны явления анозогнозии (псевдопаралитический вариант); расстройства памяти по типу корсаковского синдрома, очаговые расстройства речи, гнозиса и праксиса (асемический вариант).

Прогноз зависит от типа течения заболевания, характера симптоматики, длительности и качества лечебных и спонтанных ремиссий. Неблагоприятное прогностическое значение имеют острые сосудистые психозы, приобретающие в случае образования органического психосиндрома и деменции. При отсутствии этих явлений больные длительное

время сохраняют частичную работоспособность, дальнейшее течение заболевания в значительной степени зависит от того, насколько рационально проводятся психопрофилактические и реабилитационные мероприятия.

Диагностика основана на выявлении астенического симптомо-комплекса, протекающего с ослаблением памяти дисмнестического характера. Большое значение имеют клинико-психологические исследования, с помощью которых можно обнаруживать выраженную истощаемость, снижение памяти, явления инертности психических процессов, недостаточную последовательность мышления, которая в дальнейшем сменяется стойким интеллектуальным снижением. Имеет значение выявление сосудистой патологии (общий и коронарный атеросклероз, гипертоническая болезнь).

Лечение и профилактика. В первую очередь необходим оптимальный гигиенический и трудовой режим. Назначаются противосклеротические и улучшающие кровоснабжение средства — линетол, стугерон, мисклерон, продектин, компламин; для улучшения обмена веществ в тканях мозга — аминалон; для коррекции обусловленного возрастом дефицита витаминов — препараты, содержащие витамины, особенно витамины группы В (геровит, декамеvit, ундевит). При психотических состояниях показаны психотропные средства (лучше транквилизаторы, чем нейролептики) в минимальных дозах.

Инволюционные психозы — группа психических расстройств, наблюдающихся в позднем (предстарческом и старческом) возрасте и протекающих без слабоумия.

Эпидемиологическая справка. Распространенность в связи с различными диагностическими подходами изучена недостаточно. По данным Э. Я. Штернберга (1975), катмнестически подтвержденный диагноз инволюционных депрессий отмечался у 5—7% всех обследованных психически больных позднего возраста.

Этиология и патогенез. Несмотря на то что некоторые исследователи отрицают инволюцию как этиологический фактор психозов, следует считать, что причиной заболевания являются не отдельные моменты процесса инволюции, носящие условно-патогенный характер, а определенная констелляция, комплекс биологических и социально-психологических факторов старения.

Клиника. Различают два основных вида инволюционных психозов — инволюционную меланхолию и инволюционные бредовые психозы. При инволюционной меланхолии (депрессии) депрессивное состояние впервые возникает в позднем возрасте. Иногда, в зависимости от того, в каком возрасте началось заболевание, различают пресенильную, впервые проявившуюся в возрасте 50—65 лет, и сенильную, после 65—70 лет, меланхолию, однако такое разграничение весьма условно и лишено смысла, тем более, что нередко депрессия, начавшаяся в пресенильном возрасте, продолжается и в старческом. Мало существенны и клинические различия этих вариантов инволюционной меланхолии. Появлению заболевания часто предшествует психическая травма, играющая роль пускового механизма. Для дальнейшего течения депрессии психогения, как правило, не типична. Инволюционная меланхолия отличается монополярностью и тенденцией к затяжному течению. Иногда течение депрессии монотонное, степень выраженности аффективных расстройств почти не меняется. Характерно включение в структуру депрессии тревоги, тоски, ажитации, параноидной настроенности, сменяющейся депрессивным

бредом (самообвинения, греховности, ущерба, ипохондрического). В период острого психоза ипохондрические бредовые переживания могут перерасти в синдром Котара, при котором нигилистический бред сочетается с идеями громадности, например, больной говорит, что у него сгнил желудок и пища из пищевода проваливается в брюшную полость, в которой уже скопились тонны пищевых продуктов. Ипохондрический синдром может достигать выраженности ипохондрической депрессии, характеризующейся особенно затяжным течением; это может быть связано с соматическим заболеванием (заболевания внутренних органов, вегетативные расстройства).

Бредовые психозы позднего возраста отличаются разнообразием проявлений. В ряде случаев параноидный синдром наблюдается и при органических заболеваниях головного мозга, в частности сосудистого генеза. В этих случаях бредообразование протекает на фоне органического церебрального процесса и развивается в соответствии с присущими ему закономерностями. Так, обычно по мере углубления органически-деструктивных изменений в головном мозге и нарастания слабоумия бредовые переживания подвергаются обратному развитию и бредовой симптомокомплекс (даже систематизированный бред) оказывается нестойким. Еще более эфемерны бредовые эпизоды при атрофических поражениях головного мозга, например, при старческом слабоумии, атипичных психотических дебютах болезни Альцгеймера. Бредовые инволюционные психозы даже при длительном течении не приводят к шизофреническому дефекту или слабоумию. К ним относятся: инволюционные параноиды, инволюционная (поздняя) парафрения и параноическое развитие.

Инволюционный бред по тематике чаще всего бред ущерба, обкрадывания, обнищания. Больные часто заявляют, что соседи по квартире мешают им жить, портят их вещи, пищу, обкрадывают, выпускают в комнату дурно пахнущие и вредные для здоровья газы. Иногда бредовой психоз характеризуется маломасштабным бредом, чаще всего идеями ущерба без тенденции к систематизации с обонятельными и тактильными (реже слуховыми) галлюцинациями. В таких случаях диагностируют инволюционный параноид. Для него типично хроническое или, реже, рецидивирующее течение. Однако достаточно часто бредовой симптомокомплекс имеет тенденцию к систематизации и стойкому течению. Эти случаи квалифицируются как инволюционная парафрения. При этом в начале заболевания возможны слуховые галлюцинации, рассматриваемые как проявление сосудистой патологии (одновременно иногда отмечаются колебания артериального давления с тенденцией к гипертензии). В рамках инволюционной парафрении могут наблюдаться и конфабуляторно-фантастические, абсурдно-нелепые бредовые идеи (бред вечного существования, нигилистически-ипохондрический бред Котара).

В позднем возрасте нередко наблюдается параноическое развитие личности, чаще по типу кверулянтского. Характер бредовых переживаний обычно маломасштабный. Превалируют кажущиеся правдоподобными идеи материального и морального ущерба. Галлюцинации отсутствуют. Параноическое развитие отличается большой стойкостью, мало поддается психотерапии и мерам социально-реабилитационного характера. Диагностировав параноическое кверулянтское развитие, психиатр обычно ставит вопрос о необходимости выделения больному изолированной жилой площади, но и это не приводит к выздоровлению. Поселившись в новой квартире, больной быстро

распространяет параноические тенденции на своих новых соседей по подъезду, по площадке и т. д.

Прогноз. Инволюционные психозы отличаются длительным течением и значительной резистентностью к терапии.

Диагностика основана на обнаружении в позднем возрасте описанных клинических признаков. Однако каждый из этих признаков сам по себе не имеет абсолютного диагностического значения, так как в позднем возрасте могут наблюдаться сходные психопатологические состояния другой этиологии, например, сосудистая или циркулярная депрессия, парафреническая шизофрения.

Инволюционная меланхолия, в отличие от циркулярной, протекает без выраженных колебаний настроения в течение суток. Иногда состояние к вечеру ухудшается: нарастают подавленность, чувства тревоги и страха. Следует отграничивать инволюционные психозы от сосудистых депрессий, для которых характерны астенический дебют, жалобы в начале заболевания на снижение памяти и работоспособности, дисфорические проявления, эмоциональная неустойчивость, слабодушие. При инволюционной депрессии в отличие от сосудистой церебральной патологии отсутствует мерцание симптоматики. При шизофрении в отличие от инволюционной депрессии имеются признаки эмоционального снижения и расстройства мышления.

Лечение в основном такое же, как и при других аффективных и бредовых психозах. Широко используются психотропные средства (аминазин, трифтазин, галоперидол), при инволюционной меланхолии — антидепрессанты, главным образом группы имипрамина, в небольших дозах: мелипрамин по 0,025—0,05 г, амитриптилин — по 0,05—0,075 г в сутки. При сочетании депрессии с тревогой и страхом антидепрессанты назначают одновременно с нейролептиками в небольших дозах, при этом необходимо следить за функцией печени, показателями артериального давления и картиной крови. Особая осторожность необходима при применении тизерцина ввиду возможности развития коллапса.

Глава 14

ОЛИГОФРЕНИЯ

Олигофрения — составная часть более широкого понятия «умственная отсталость», рекомендуемого ВОЗ для обозначения любой интеллектуальной недостаточности, возникшей в период формирования личности; в психиатрии — состояние общего недоразвития психики, особенно высших познавательных функций (понятийного мышления), обусловленное наследственной неполноценностью мозга или поражением его на ранних этапах онтогенеза (внутриутробно или в первые месяцы и годы жизни, чаще до трехлетнего возраста).

Эпидемиологическая справка. Распространенность олигофрении в разных странах колеблется от 0,7 до 3%; причем более тяжелые формы (идиотия) составляют 4—5%, имбецильность — 18—19% и дебильность — 76—78%.

Клиника. Основные критерии диагностики олигофрении: а) биологическая неполноценность мозга, выявляемая на основании анализа данных анамнеза, психического, неврологического и соматического статуса; б) характерная структура диффузного слабоумия и не-

соседей по
льным теч.
зрасте опи-
признаков
ачения, так
копатологи-
или цир-
ой, проте-
к. Иногда
ь, чувства
сихозы от
ий дебют,
отоспособ-
йчивость,
осудистой
ики. При
призна-
ктивных
средства
еланхо-
а, в не-
и — по
страхом
в не-
печени,
бая ос-
возмож-

доразвития личности с обязательной недостаточностью понятийного мышления; в) непрогредиентность состояния с положительной, хотя и в разной степени замедленной динамикой психического развития.

В зависимости от выраженности недоразвития психики выделяются различные степени олигофрении.

Идиотия — наиболее глубокая степень психического недоразвития, при которой познавательные функции отсутствуют или находятся в зачаточном состоянии. Больные не понимают речи, назначения вещей, только некоторые из них узнают близких, окружающие предметы, посуду. Активность этих больных ограничивается инстинктивными действиями, иногда извращенными реакциями удовольствия или неудовольствия на пищевые, болевые и другие безусловные раздражители. Существенная положительная динамика отсутствует, они остаются абсолютно неприспособленными даже к самообслуживанию.

Имбецильность — недоразвитие психики, характеризующееся рудиментарным мышлением (в представлениях), недоразвитой в разной степени речью, возможностью относительного приспособления на уровне самообслуживания или элементарных трудовых процессов, что, однако, удается только при постоянной опеке.

Глубокая имбецильность — состояние, приближающееся к идиотии, но больные могут ориентироваться в конкретной ситуации, узнают близких, окружающие их предметы, адекватно реагируют на привычные обиходные слова и фразы, используют отдельные слова в коммуникативных целях; их можно обучить навыкам элементарной опрятности.

Резко выраженная имбецильность характеризуется недоразвитой дефектной речью (фразы из 2—3 слов), крайней бедностью представлений, возможностью обучения лишь навыкам самообслуживания.

Легкая имбецильность — состояние, при котором больного можно обучить элементарным трудовым навыкам, фразовой речи, иногда чтению, письму.

Олигофрению в степени имбецильности можно диагностировать с первых лет жизни: к году дети еще не узнают близких, не реагируют на речь, обращает на себя внимание недифференцированность мимики. Запоздывает становление статомоторных актов, отсутствуют моторно-адаптивные движения (использование рук для удерживания, захватывания предметов). Отмечается отсутствие или крайне слабый интерес к окружающему, игрушкам.

В возрасте 2—4 лет дети невнимательны, не могут осмыслить окружающее, обращенную к ним речь они понимают больше по интонации, чем по смыслу. Игровая деятельность носит стереотипный и подражательный характер; больные повторяют одни и те же действия с игрушкой, бросают ее, берут в рот. В дошкольном возрасте (4—7 лет) дети не проявляют свойственной этому возрасту любознательности, не задают вопросов: «что это?», «где?», «почему?». В младшем школьном возрасте им не удается образовать количественных и временных понятий: «два—три», «много—мало», «давно», они не способны к ролевой игре, с трудом узнают изображения знакомых предметов, не могут осмыслить простые сюжетные картинки.

Дебильность (легкая умственная отсталость) характеризуется у детей школьного возраста и у взрослых недостаточностью абстрагирования, конкретностью мышления, развитой фразовой речью (часто бедной лексически, шаблонной, с речевыми штампами), неспособ-

ностью к творческому поведению, примитивностью интересов и чувств. При отсутствии осложняющих синдромов (психопатоподобных явлений, диссоциированной структуры личности, парезов или параличей) больные могут существовать самостоятельно, овладеть не-сложной профессией, иметь семью. При изменении образа жизни, условий работы, стереотипа нередко наступает декомпенсация вплоть до реактивного психоза.

Диагностика дебильности основана на констатации недостаточности абстрагирования, осмысливания сущности знакомых явлений, неумения выделить существенные признаки. Иногда дебильность трудно отличить от временных задержек развития, однако уже в возрасте 1—3 лет становятся заметными отсутствие любознательности, малоосмысленный характер игры.

В дошкольном возрасте обращает на себя внимание отсутствие интереса к сущности вещей, явлений (вопрос «почему?»). Дети не могут определить свою ролевую позицию в игре, не усваивают ее правил. Обнаруживается слабость элементарных обобщений, трудность усвоения количественных, пространственных и временных отношений понятий, «меньше», «больше», «завтра», «вчера». Дети не всегда понимают смысл употребляемых слов и фраз. В игре речь не выполняет регулирующей функции, а имеет характер ассоциаций по смежности.

Существенные черты психического недоразвития в 7—8-летнем возрасте: слабость понятий, обычно без специального обучения приобретаемых детьми (имени, фамилии, времен года и т. д.), отсутствие замысла в игре, затруднение осмысливания простой сюжетной картины или рассказа, особенно со скрытым смыслом, арифметических операций, формирования понятия числа. При решении смысловых задач несостоятельность обнаруживается прежде всего в неумении отвлечься от конкретного представления. Помощь, подсказка мало эффективны. Дети слабо реагируют на успех, демонстрируя этим также и эмоциональное недоразвитие.

У детей старшего возраста и у взрослых диагностировать дебильность можно на основании психопатологического и экспериментально-психологического выявления недостаточности абстрагирования, конкретности и шаблонности мышления, бедности понятий, неумения выделить существенные признаки, слабости критики к своим поступкам. Ограниченность и конкретность понятий отражается на речи (обедненность), однако следует помнить об изолированных дефектах речевой функции при первичной сохранности интеллекта, а также о внешне богатой речи у некоторых больных олигофренией с хорошей механической памятью, оперирующих сложными шаблонами при отсутствии истинно логического мышления.

Важно не количество знаний, а способность осмыслить события собственной жизни, свое положение, явления, с которыми больной повседневно сталкивается в семейной и трудовой обстановке.

Психическое недоразвитие часто сочетается с недостаточностью тонкой моторики, трудностью приобретения навыков, требующих дифференцированных движений, переключения темпа. Очаговая неврологическая симптоматика характерна лишь для больных олигофренией перинатального и постнатального происхождения.

У больных олигофренией нередко выявляются дисгенетические признаки (мелкие уродства): неправильная форма ушных раковин, низкое их расположение, эпикант, дефекты радужки или зрачка,

дисплазия зубов и челюстей, синдактилии, а иногда и полидактилии, поперечная складка на ладонях, нарушение окостенения, врожденные пороки сердца и других внутренних органов. Многие соматические признаки могут прямо указывать на ту или иную форму олигофрении: например, характерный комплекс соматических признаков болезни Дауна, депигментация при фенилкетонурии и гистицинемии, характерный запах мочи и пота при ряде обменных заболеваний.

Анамнез жизни и заболевания должен быть тщательно изучен и проанализирован в сопоставлении с клиническими проявлениями. Важно выяснить состояние здоровья родителей и условия работы к началу беременности, особенности протекания беременности (токсикоз, перенесенные заболевания, принимаемые медикаменты) и родов (продолжительность, наложение щипцов, асфиксия), состояние новорожденного после родов (желтуха, судороги, вздрагивание).

Независимо от возраста, в котором обследуется пациент, следует выяснить, своевременно ли развивалась моторика и психика (держание головки, сидение, ползание, ходьба, узнавание близких, понимание речи, первые сознательные слова, фразы, игры, их характер, особенности поведения в школе, причины плохой успеваемости).

Клиническая форма олигофрении устанавливается на основании данных анамнеза, течения, особенностей клинической картины. В некоторых случаях решающее значение имеют дополнительные лабораторные исследования (биохимические, микробиологические, цитогенетические).

Вследствие того что олигофрения может быть связана с зоонозными и другими инфекциями, большое значение для диагностики имеют реакции связывания комплемента, внутрикожные аллергические реакции у матери, специфические реакции Вассермана, Кана в крови и ликворе, коллоидные реакции Ланге.

Дифференциальная диагностика. Олигофрению в степени дебильности следует отличать от состояния легкой пограничной интеллектуальной недостаточности различного генеза. Общие особенности пограничных форм интеллектуальной недостаточности: а) вторичность, обусловленность недоразвитием или поражением предпосылок интеллекта (памяти, внимания, целенаправленности, работоспособности, эмоционально-волевой сферы, речи и т. д.), а не возможностей к абстрагированию; б) тенденция к компенсации с возрастом, особенно в благоприятных условиях воспитания и обучения.

Основные формы пограничной интеллектуальной недостаточности:

1. **Задержка интеллектуального развития** вследствие педагогической и микросоциальной запущенности, возникающая у детей, находящихся с раннего возраста в неблагоприятных условиях воспитания. Отмечаются значительные пробелы в знаниях, дети нередко к школьному возрасту не готовы к пониманию и усвоению школьных дисциплин. В отличие от дебильности при задержке интеллектуального развития отсутствует тугоподвижность психических процессов, речевые штампы; дети инициативны и самостоятельны в работе, если задание не превышает уровня их знаний, в обучающем эксперименте обнаруживают более выраженную положительную динамику, способность к обобщениям.

Своевременные индивидуальные занятия с такими детьми позволяют за несколько месяцев ликвидировать результаты «педагогической» запущенности. Дети должны обучаться в обычных школах или

в школах для детей с задержкой психического развития, из которых после трех лет обучения их можно переводить в обычную или вспомогательную школу в зависимости от темпа и результата достигнутой компенсации.

2. Астенические состояния вследствие хронических соматических заболеваний, церебрастении ревматического или резидуально-органического происхождения могут быть причиной неуспеваемости детей в школе, утомляемости, недостаточности внимания и запоминания; интеллектуальная продуктивность может быть различной и зависит от соматического состояния; в отличие от больных олигофренией дети тяжело переживают свои неудачи в школе, что приводит к вторичным невротическим образованиям (ночным страхам, нарушению сна и аппетита), усугубляет их интеллектуальную несостоятельность. Наблюдение в динамике показывает, что такие дети способны понять смысл рассказа, сделать правильное обобщение, если они еще не устали. В таких случаях необходимы общеукрепляющее лечение, оздоровление в санаториях, дополнительный день отдыха или освобождение от последних уроков, индивидуальные занятия дома с учителями и родителями. Детей можно направлять в лесные загородные школы или в школы для детей, страдающих психоневрологическими заболеваниями.

3. Общий инфантилизм (гармонический, простой) характеризуется общей задержкой физического и всех сфер психического созревания организма; особенно очевидна эмоционально-волевая незрелость, проявляющаяся в игровой направленности ребенка, повышенной эмоциональной живости, неусидчивости, недостаточности активного внимания, «утомляемости» от работы в однообразной позе (сидение за партой, выполнение учебного задания). В отличие от больных олигофренией дети обладают живой фантазией с элементами творчества; хотя конкретно-образное мышление преобладает над логическим, уровень абстрагирования значительно выше; они используют помощь, способны к переносу усвоенного на новый материал. С возрастом явления общего инфантилизма могут сглаживаться, а интеллектуальная недостаточность — полностью компенсироваться. Показано обучение в школах для детей с задержками психического развития или поступление в школу на год позже; допустимо повторение программы 1-го класса.

4. «Дисгармонические» варианты инфантилизма: а) психический инфантилизм, сочетающийся с психопатическими чертами; б) психический инфантилизм, сочетающийся с психоэндокринными расстройствами; в) «органический» инфантилизм — психический инфантилизм, сочетающийся с легким психоорганическим синдромом. При указанных видах инфантилизма интеллектуальная недостаточность имеет более сложную структуру. Причиной неуспеваемости может быть грубое нарушение правил поведения, расторможенность влечений и неспособность к систематическому труду (при первом варианте); вялость, медлительность, рассеянность (психоэндокринные расстройства); инертность мышления и недостаточность предпосылок интеллекта (внимания, памяти, темпа, работоспособности) наряду с церебрастеническими явлениями (органический инфантилизм). Если уровень абстрагирования удовлетворительный, детей пытаются обучать в обычной школе, хотя многие из них не могут усвоить программу; в таких случаях их переводят во вспомогательную школу.

5. Ранний детский эмоционально-волевой дисбаланс, практической потребности и потребности без снижения аутизма.

Детский аутизм — альных возможностей сходят к пограничной особенности нарушения познавательных функций олигофренией, но одинаковой степени.

6. Психоорганический генез, развитие головного мозга, различные варианты стенические явления комплекс с тугоподвижностью высших корковых функций, праксиса, конформного усвоения уровня абстрагирования, пенировать имеющийся охранительный режим, затягивается, осложняется интереса к занятиям, возможностью, дети в школе.

7. Интеллектуальное развитие в связи с развитием по предметам (чтение, письмо); изменения из-за органических конструктивных нарушений в обучении декомпенсировать. Дети с дефектами.

Основные дифференциальные признаки задержки развития речи и вербального мышления (дисграфические личностные реакции занятиям с логопедом, вильно используют слуха (смешение зрительного и слухового восприятия).

Если причиной является часто сочетающийся с интеллектуальной недостаточностью, при успешном обучении по решению медик

5. Ранний детский аутизм (аутизм Каннера) — диспропорциональное искаженное развитие с преимущественным недоразвитием эмоционально-волевых функций, стереотипным характером игр, практической неприспособленностью, отсутствием реальных интересов и потребности к общению, нарушением коммуникативного поведения без снижения формальных познавательных возможностей.

Детский аутизм с незначительной недостаточностью интеллектуальных возможностей, не препятствующий занятиям в школе, относят к пограничной интеллектуальной недостаточности. Однако если особенности нарушения поведения сочетаются с недоразвитием и высших познавательных функций, синдром квалифицируется как атипичная олигофрения неуточненной степени (шифр № 315) в связи с неодинаковой степенью недоразвития различных психических функций.

6. Психоорганический синдром — состояние резидуально-органического генеза, развивающееся после перенесенных инфекций и травм головного мозга, обычно у детей в возрасте старше 3 лет. Возможны различные варианты течения; в одних случаях преобладают церебральные явления, в других — более сложный психоорганический комплекс с тугоподвижностью мышления, снижением памяти, нарушением высших корковых функций (пространственных представлений, праксиса, конструктивных способностей и других предпосылок нормального усвоения школьных навыков). Даже при достаточном уровне абстрагирования учеба таким детям дается с трудом. Компенсировать имеющуюся недостаточность можно с помощью лечения, охранительного режима, индивидуальных занятий. Если состояние затягивается, осложняется педагогической запущенностью, потерей интереса к занятиям, апатией или эйфорией, психомоторной расторможенностью, дети могут заниматься лишь во вспомогательной школе.

7. Интеллектуальная недостаточность, или вторичная задержка развития в связи с дефектами речи. Дети не успевают преимущественно по предметам, требующим полноценной речевой функции (чтение, письмо); частично у них задерживается и темп развития мышления из-за ограниченного контакта и понимания сложных грамматических конструкций. При своевременном выявлении и логопедическом обучении дефекты речи и вербального интеллекта можно нивелировать. Дети подлежат обучению в специальных школах (для детей с дефектами речи).

Основные дифференциально-диагностические признаки вторичной задержки развития: хороший уровень развития практически действенного интеллекта еще в дошкольном возрасте при недоразвитии речи и вербального интеллекта; отставание в школе в чтении, письме (дисграфические ошибки соответствуют речевым); выражены личностные реакции: дети стесняются своего дефекта, стремятся к занятиям с логопедом, проявляют избирательность в контактах; правильно используют помощь; расстройства письма при удовлетворительном произношении в связи с недостаточностью фонематического слуха (смещение звуков «б» и «п», «д» и «т», «в» и «ф»); эти нарушения можно устранить с помощью логопеда.

Если причиной неуспеваемости по математике является акалькулия, часто сочетающаяся у детей с нарушением пространственного синтеза, при успеваемости по другим предметам, этих детей целесообразно не аттестовать по математике, оставив в массовой школе по решению медико-педагогической комиссии.

8. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах возникает как результат недостаточности ряда функций — двигательного-кинестетического анализатора, визуальных восприятий, стереогнозиса, пространственных представлений, конструктивного праксиса. Эти дефекты резко суживают опыт представления об окружающем и затрудняют приобретение школьных навыков — письма, чтения, счета. При первичной сохранности интеллектуальных функций с помощью направленного обучения можно компенсировать вторичную недостаточность, что особенно важно для детей, имеющих физическую инвалидность. Необходимо тщательное патопсихологическое и нейропсихологическое обследование.

Дифференциальная диагностика. Тяжелые степени олигофрений следует отличать от прогрессирующих заболеваний, сопровождающихся более или менее выраженной нарастающей деменцией: мукополисахаридозов (гаргоизм), внутриклеточных липидозов (ганглиозидозо-амавротическая идиотия Тея—Сакса, сфинголипидоза — болезнь Нимана—Пика), лейкоэнцефалитов и лейкодистрофий, пуринозов (синдром Леша — Нихана с аутоагрессией) и др.

Прогрессирующие болезни, начавшиеся в раннем детстве, имеют сходную с олигофренией картину диффузного слабоумия и отличаются лишь течением, нарастающей неврологической и соматической симптоматикой. Болезни, развившиеся после 3 лет, имеют более мозаичную структуру интеллектуальной недостаточности.

Лечение. Общие принципы: устранение или уменьшение основных причин, стимуляция компенсаторных механизмов, развитие сохраненных предпосылок интеллекта и ликвидация дополнительных симптомов, осложняющих заболевание и мешающих правильному коррегирующему воспитанию. Начинать лечение следует как можно раньше.

Специфическое (этиопатогенетическое) лечение возможно после установления причины заболевания в период, когда оно еще оказывает патогенное влияние на мозг. Этот вид лечения описан ниже (см. отдельные формы олигофрении).

Средства, стимулирующие созревание нервных клеток и улучшающие мозговую метаболизм: а) аминалон по 0,25 г (1 таблетка) на 1 год жизни в сутки; максимальная доза — 12 таблеток в день. При наличии эпилептических припадков, чрезмерной возбудимости дозы в 3—4 раза меньше; б) глютаминовая кислота в тех же дозах, что и аминалон, показана детям с вялыми психическими реакциями, плохой моторикой, астенией, замедленным развитием речи; противопоказана: при выраженном возбуждении, диатезе, заболеваниях почек и печени, конъюнктивите, острых лихорадочных заболеваниях; в) церебролизин по 1 г ежедневно или через день в течение 20—30 дней, 2—3 курса в год (при наличии судорожных приступов необходима осторожность); г) пирацетам (ноотропил) по 0,4 г (в капсулах, из расчета по 0,03—0,05 г/кг массы в сутки, в течение 2—3 мес); д) амитриптилин, мелипрамин по $\frac{1}{4}$ таблетки (0,025) 2 раза в день в дошкольном возрасте, по $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ таблетки в школьном возрасте; при апрозексии, слабости побуждений, эмоциональной монотонности и тусклости; е) витамины группы В (тиамина хлорид, пиридоксина гидрохлорид, цианокобаламин, кальция пангамат) в инъекциях и таблетках, курсами по 2—4 нед; ж) тканевая или клеточная терапия (инъекции лиофилизированных клеток щитовидной железы, взвеси плаценты).

Общеукрепляющие препараты кальция
вещество олигофрени
Рассасывающие
алоз (при резид
Дегидратаци
нический раство
(при наличии п
Противосудоро
ском синдроме;
тивосудорожные
Седативные
будимости, псих
параты брома, к
ника; б) транкви
(седуксен), мепр
вости; в) нейрол
дозы в соответст
с чувствительност
ную переносимос
Коррекционные
него детства в се
сталых, вспомога
социального обес
сомоторное воспи
живание (повыша
ковых отделов дви
поведения, выраб
чающего организа
В зависимости
ны выделяют след
Болезнь Дауна
локации или моз
наблюдается у 10
денных; вероятно
матери и после 4
Клинические
рез глаз, коротка
бороздами язык
ще в степени им
с умственной отс
мозаичном вариа
В целях про
кариотипа: риск
в данной семье
21-й на 21-ю хро
ции хромосомы
11%, при трисом
Лечение: кро
разна заместител
раженной недост
1 мл в течение 3
статочностью де
следует ограничи

Общеукрепляющее: поливитамины, галаскорбин, гематоген, препараты кальция, фосфора, железа и др. (особенно при осложняющем олигофрению церебрастеническом синдроме).

Рассасывающие: препараты йода, бийохинол, плазмол, лидаза, алоэ (при резидуально-органической олигофрении).

Дегидратационная терапия: магния сульфат, эуфиллин, гипертонический раствор натрия хлорида, диакарб, глицерин с соками 1:2 (при наличии признаков внутричерепной гипертензии).

Противосудорожные средства и смеси — при стойком эпилептическом синдроме; при единичных припадках длительно принимать противосудорожные средства больным олигофренией не следует.

Седативные и нейролептические средства при повышенной возбудимости, психомоторной расторможенности, плохом сне: а) препараты брома, кальция, магния сульфат, отвары валерианы, пустырника; б) транквилизаторы — хлордиазепоксид (элениум), диазепам (седуксен), мепротан, мепробамат — при эмоциональной неустойчивости; в) нейролептики — меллерил, пропазин, неупелтил, аминазин; дозы в соответствии с возрастом должны быть минимальными в связи с чувствительностью к ним больных; следует учитывать индивидуальную переносимость. Успокаивающее действие оказывает электросон.

Коррекционно-воспитательная работа должна проводиться с раннего детства в семье, специальных детских садах для умственно отсталых, вспомогательных школах и домах-интернатах министерства социального обеспечения. Работа должна быть направлена на: а) сенсомоторное воспитание, обучение двигательным навыкам, самообслуживание (повышает активность ребенка, способствует развитию корковых отделов двигательного анализатора); б) воспитание стереотипа поведения, выработку определенного режима, значительно облегчающего организацию обучения; в) развитие и коррекцию речи.

В зависимости от этиологии и особенностей клинической картины выделяют следующие **формы олигофрении**.

Болезнь Дауна — результат трисомии 21-й хромосомы, ее транслокации или мозаицизма по одному из первых двух вариантов; наблюдается у 10% больных олигофренией. Частота 1:700 новорожденных; вероятность рождения таких детей повышается с возрастом матери и после 40 лет достигает частоты 1:50.

Клинические проявления: дисгенетические признаки (косой разрез глаз, короткая шея, поперечная складка на ладонях, изрезанный бороздами язык, гипотония мышц и др.), умственная отсталость, чаще в степени имбецильности. Более легкие клинические проявления с умственной отсталостью в степени дебильности наблюдаются при мозаичном варианте болезни Дауна.

В целях прогнозирования потомства целесообразно определение кариотипа: риск повторного рождения ребенка с болезнью Дауна в данной семье наибольший (100%) при транслокации хромосомы 21-й на 21-ю хромосому (как у матери, так и у отца). При транслокации хромосомы 21-й на 13—15-е хромосомы риск снижается до 7—11%, при трисомии — до 2%.

Лечение: кроме стимуляторов мозгового метаболизма, целесообразна заместительная гормональная терапия тиреоидином (при выраженной недостаточности щитовидной железы), префизоном (по 1 мл в течение 30 дней через день 2 курса в год). В связи с недостаточностью дезинтоксикационной и ферментной функции печени следует ограничить потребление животных жиров, жареного, острого.

Показаны ретинола ацетат, аскорбиновая кислота, витамины группы В, препараты железа, кальция. В связи с гипотонией мышц — массаж, лечебная физкультура.

Синдром «кошачьего писка» — результат делеции короткого плеча 5-й хромосомы — наряду с неспецифическими, дисгенетическими признаками характеризуется дисплазией голосовой щели, вследствие чего дети имеют «мяукающий» тембр голоса. Специфической терапии нет.

Синдром Клайнфельтера развивается у мужчин с добавочной X-хромосомой (или несколькими X-хромосомами), частота 1:500 новорожденных мальчиков. Симптомы: микроорхидизм, отсутствие сперматогенеза, гинекомастия, психический инфантилизм, неглубокая умственная отсталость (пограничная или дебильность), часто евнухоидный тип телосложения. Клинические проявления синдрома становятся очевидными в препубертатном и пубертатном периодах. Диагноз подтверждается при выявлении полового X-хроматина в клетках буккального мазка.

Лечение: помимо стимулирующих психическое развитие средств, массаж, лечебная физкультура, заместительная терапия мужскими половыми гормонами в пубертатном возрасте, лучше андрогенами пролонгированного действия (сустанон-250 внутримышечно по 1 мл 1 раз в месяц).

Своевременная диагностика, направленное воспитание с учетом особенностей личности больных с синдромом Клайнфельтера способствуют предупреждению психозов, нарушений социальной адаптации и сексуальной распущенности.

Синдром трисомии X (у женщин). Частота 1:1000 женщин, среди умственно отсталых — 1:160. У 75% девочек и женщин с этим синдромом олигофрения в степени дебильности. Диагностика основана на выявлении двойных телец X-хроматина в клетках буккального мазка. Специфической терапии нет.

Синдром Шерешевского—Тернера (моносомии X у женщин) характеризуется первичной аплазией гонад, половым инфантилизмом, низким ростом (средний рост — 135 см) и рядом врожденных физических аномалий (короткая шея, крыловидные складки кожи от шеи к надплечьям у части больных), своеобразным психическим инфантилизмом и такими чертами, как усидчивость, тщательность, бережливость, что при легкой интеллектуальной недостаточности большинству больных с моносомией X помогает неплохо осваивать профессии, требующие аккуратности и умения работать руками. Частота 1:3000.

Диагностическим критерием является отсутствие X-хроматина в клетках буккального мазка.

Лечение симптоматическое; для усиления роста с успехом применяются анаболические стероидные гормоны (неробол, ретаболил, дюраболил и др.). В отдельных случаях оправдано применение женских половых гормонов для вызывания менструаций (под наблюдением гинеколога).

Фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения, болезнь Феллинга) — результат аутосомно-рецессивно наследуемого дефекта обмена фенилаланина, наблюдается у 1% больных олигофренией. Проявляется с 3—6-месячного возраста депигментацией волос, радужек, специфическим запахом мочи и пота, рыхлой полнотой, экссудативными диатезами, прекращением или резким замедлением мотор-

ного и психического развития, синдромом детских сгибательных судорог. Если специальное лечение не проводится, развивается олигофрения, чаще в степени идиотии и глубокой имбецильности.

Ранняя диагностика основана на положительных результатах пробы Феллинга (зеленое окрашивание мочи при прибавлении нескольких капель 10% FeCl_3) на 2-м месяце жизни, установлении повышенного содержания фенилаланина в крови (12—60 мг% с 5—10 дня жизни вместо 1—2 мг% в норме). Своевременно начатое (с первых месяцев жизни), тщательно проводимое до 5—8 лет диетическое лечение предупреждает развитие слабоумия.

Диета основана на резком ограничении поступления в организм фенилаланина. Количество допустимого фенилаланина (в составе естественного белка) определяется индивидуально для каждого ребенка в зависимости от возраста, массы, степени обменных нарушений. Содержание фенилаланина (во время диетического лечения) в крови должно быть в пределах 2—6 мг%.

Ориентировочный расчет допустимого количества фенилаланина в зависимости от возраста ребенка (на 1 кг массы ребенка):

от 6 мес до года — 50—30 мг фенилаланина

от 1 года до 4 лет — 25 мг —»—

старше 4 лет — 20 мг —»—

Для ограничения потребления белка необходимо полностью исключить из пищи ребенка мясо, рыбу, бульон, яйца, творог, сыр, хлеб, печенье, вафли, каши, фасоль, горох, грибы, орехи, шоколад.

Меню включает фрукты, овощи, изделия из крахмала, жиры, углеводы (жиров и углеводов больной фенилкетонурией должен получать на 10—20% больше, чем здоровый ребенок этого же возраста) со строгим учетом количества фенилаланина в них. Недостаток белка должен восполняться белковыми гидролизатами, освобожденными от фенилаланина. С этой целью применяют берлофен от 20 до 50 г в сутки в зависимости от массы ребенка. Грудным детям берлофен целесообразно кипятить и добавлять в смеси для питания. Грудное вскармливание следует сохранить, однако предварительно следует рассчитать допустимое количество фенилаланина; с этой целью используют свежесцеженное грудное молоко.

Гистидинемия — результат врожденного дефекта гистидазы. Клиническая картина такая же, как при фенилкетонурии, но менее выражена. Признаки: положительная проба Феллинга в моче, повышение гистидина в крови до 4—9 мг%, отсутствие урокининовой кислоты в поте. Лечение: диета, ограничивающая поступление в организм гистидина.

Гомоцистинурия — результат нарушенного обмена метионина с выделением в повышенном количестве гомоцистина. Физические признаки такие же, как при синдроме Марфана: арахнодактилия, подвывих хрусталика, порок сердца, скелетные уродства. Умственная отсталость в степени дебильности и имбецильности, иногда судороги, гиперкинезы. Для диагностики имеет значение положительная проба с мочой на гомоцистин, уменьшение метионина в крови, клинические признаки. Лечение: диета с ограничением метионина, при B_6 -зависимой гомоцистинурии — пиридоксина гидрохлорид в больших дозах.

Галактоземия — следствие дефекта превращения галактозы в глюкозу. Характерные признаки: умственная отсталость глубокой степени, катаракта, увеличение печени, протеин- и гипераминацидурия, гипогликемия. Предварительная биохимическая диагностика

основана на обнаружении галактозы в моче. Диагноз подтверждается при хроматографическом определении повышения галактозы в крови.

Своевременная диетотерапия с исключением молока предупреждает развитие олигофрении, катаракты и других клинических проявлений.

Фруктозурия (фруктоземия) — наследственно обусловленная непереносимость фруктозы, нарушение обмена которой приводит к олигофреническому слабоумию. Первые проявления у младенцев в начале прикорма фруктовыми соками: расстройства пищеварения, кризы гипогликемии, увеличение печени, желтуха, задержка психического развития. При легких формах — отвращение к фруктам, вялость, адинамия.

Биохимическая диагностика: в моче положительная проба Селиванова и повышение фруктозы в крови. Лечение: исключение фруктов, сладких овощей, соков, сахара, меда.

Истинная микроцефалия (аутосомно-рецессивно наследуемая). **Физические признаки:** значительное уменьшение размеров мозговой части черепа со скошенным лбом при развитой лицевой части, увеличении нижней челюсти; нормальный рост, длинные конечности, «питекоидная» походка вследствие преобладания тонуса сгибателей. Недостаточная тонкая моторика при хорошей экстрапирамидной. Больные подвижны, суетливы, с выраженной раздражительностью движений и живой мимикой. Определенный эффект дает длительная трудотерапия.

Синдром Марфана — типичные врожденные аномалии развития глаз (подвывих хрусталика, проявляющийся с возрастом), костно-мышечной системы (подчеркнуто астеническое телосложение, длинные пальцы, деформация грудной клетки, гипотония мышц), сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, аневризмы). Умственная отсталость чаще легкой степени. Больные послушны, легко подчиняются, старательные. В крови — повышение оксипролина. Лечение симптоматическое, диета, ограничивающая потребление продуктов, содержащих белок.

Синдром Крузона (наследственный черепно-лицевой дизостоз). Вследствие преждевременного синастоza швов черепа наступает деформация (скафоцефалия или оксифефалия, гипертелоризм, недоразвитие верхней челюсти, прогнатизм нижней), экзофтальм. Существенное значение имеет развивающаяся внутричерепная гипертензия: возможны косоглазие, застойные явления на глазном дне, атрофия зрительных нервов, психическое недоразвитие, судорожные приступы. При нарастании застойных явлений на глазном дне показано нейрохирургическое вмешательство.

Рубеолярная форма обусловлена внутриутробным поражением вирусом краснухи. Особенности: слабоумие как правило сочетается с пороками развития глаз, сердца, слухового аппарата. Нередки пороки развития скелета. Неврологические признаки: гиперкинезы, мышечная гипотония, нарушение глотания. Лечение симптоматическое.

Олигофрения при врожденном сифилисе. Физические признаки: диспластичность телосложения, деформация черепа, седловидный нос, глухота, кератит, увеличение печени и селезенки, резкая бледность с желтым оттенком кожи. Рано обнаруживается умственная отсталость. Для диагностики имеют значение серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости, хотя при врожденном сифилисе

они могут быть и отрицательными. Возможно и обострение сифилитической инфекции, поэтому наряду с симптоматическим лечением следует проводить и повторные курсы специфического лечения.

Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом. Заражение происходит трансплацентарно в острой стадии токсоплазмозного процесса у зараженной матери. Наиболее тяжелые повреждения нервной системы и других органов наблюдаются в тех случаях, когда заражение произошло в первые 3 мес. При рождении чаще всего имеются лишь остаточные явления, но в ряде случаев процесс может продолжаться. Характерные симптомы: а) нарушение развития органа зрения (хориоретинит, микрофтальмия, иридоциклит, катаракта и др.); б) кальцификаты в мозге, обнаруживаемые с помощью рентгенографии, в виде мазков, мелких пятен, рассеянных в теменной, затылочной долях, ядрах основания; в) судорожные припадки с склонностью к серийности протекания; г) гидроцефалия, микроцефалия. Следует учитывать эпидемиологические данные, контакт матери с животным, случаи мертворождения, выкидышей.

Лабораторные признаки: обнаружение паразитов в ликворе; кожно-аллергическая проба с токсоплазмином и РСК с токсоплазменным антигеном у матери, а также положительные реакции у старших детей (после 1—2 лет жизни).

Лечение: хлоридин по 0,005—0,02 г 2 раза в день после еды в течение 10 дней, сульфадимезин по 0,2—0,5 г 3 раза в день в течение 5—7 дней; цикл повторяют через 10 дней 3 раза; затем после месячного перерыва при наличии эффекта повторяют вновь 2—3 раза; наряду со специфическим лечением показана дегидратирующая терапия, рассасывающие, противосудорожные средства, аденозинтрифосфорная кислота.

Олигофрения в связи с диабетом у матери. Диабет и предиабет вызывают токсикоз у беременных с грубыми нарушениями обмена, гипергликемией, асфиксией плода, отеками. Дети обычно рождаются чрезмерно крупными и вскоре у них обнаруживают различной степени отставание в развитии. При лечении во время беременности диабете процент мертворожденных и детей с тяжелыми поражениями снижается.

Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных. Причиной поражения мозга являются продукты гемолиза эритроцитов, наступающего вследствие резус-конфликта (Rh-negative у матери, Rh-positive у ребенка) или АВ0 — несовместимости. Наиболее тяжелые поражения отмечаются в базальных ганглиях. Основные клинические проявления: экстрапирамидные двигательные расстройства, атетозы, параличи, глухота, умственная отсталость. Степень интеллектуального дефекта может быть различной. Характерны грубые нарушения критики (беспечность, благодушие) даже при относительно легком нарушении интеллекта, психомоторная расторможенность, повышенная чувствительность к тактильным раздражителям, повышенная эмоциональная возбудимость, пугливость, плохая переключаемость внимания, назойливость. Для правильной диагностики этой формы имеют значение также данные анамнеза, исследование крови матери и ребенка на резус-фактор. При организации лечебно-педагогической работы необходимо учитывать особенности психики.

Олигофрения, обусловленная асфиксией в родах или механической травмой. Асфиксия и механическая травма нередко взаимосвязаны,

поэтому клиническая картина при этих нарушениях имеет много общего: повышенная чувствительность к различным раздражителям (особенно слуховым), сенсорные расстройства, головная боль под влиянием напряжения, перегревания. Возможны парезы, явления моторной и сенсорной алалии, псевдобульбарная дизартрия, недостаточно дифференцированная моторика, признаки повышенного черепного давления. Интеллектуальный дефект различной степени — от легкой дебильности до идиотии. Характерны расстройства внимания и снижение механической памяти, повышенная истощаемость, слабость побуждений, замедленность психических процессов, эмоциональная лабильность. Для больных олигофренией преимущественно травматического генеза характерны также состояния резкого психомоторного возбуждения, аффективных взрывов, расторможения влечений. В неврологической картине — выраженные очаговые симптомы, спастические тетрапарезы и гемипарезы, парезы черепных нервов, гиперкинезы, нистагм, судорожные состояния. Лечение: дегидратационные, стимулирующие, седативные и рассасывающие средства.

Гипотиреоидная форма возникает вследствие эпидемического и спорадического кретинизма, врожденной микседемы. Психическое недоразвитие может возникнуть и при рано приобретенной недостаточности щитовидной железы. Параллелизм между психическим недоразвитием и соматическим проявлением отмечается не всегда.

Особенности клиники: замедленность психических процессов, двигательная заторможенность, бедность мимики, монотонность речи. Соматические признаки: отставание в росте, короткие конечности при коренастом туловище, широкие стопы и кисти, широкая плоская переносица, низкий лоб, микседематозные явления, снижение основного обмена, повышенная гидрофильность тканей, гиперхолестеринемия. Лечение: тиреоидин от 0,01 до 0,1 г 2—3 раза в день (длительно), можно начинать с больших доз, постепенно их снижая; средства стимулирующей терапии.

Гидроцефалическая форма. Основным фактором, определяющим симптоматику и течение заболевания, является гидроцефалия, возникшая в пре-, пери- или постнатальный период. Для диагностики имеют значение шарообразное увеличение черепа, рентгенологически — уплощение черепных ям, усиление пальцевых вдавлений, истончение костей черепа, перкуторно — коробочный звук с дребезжащим оттенком; расширение подкожной венозной сети головы; в неврологической картине — симптомы поражения двигательной сферы (нарушения статики и координации, парезы, параличи). Часты нарушения зрения, застойные соски. В ликворе — понижение содержания белка. Характерны колебания состояния при отсутствии нарастания отеков, при временных неблагоприятных факторах, гипертензионные кризы, приступы головной боли, резкое повышение температуры.

Степень интеллектуального дефекта может быть различной. У некоторых больных — хорошая механическая и музыкальная память, богатая экспрессивная речь, диссоциирующая с плохим пониманием. Часты смены настроения, приступы страха. При обострениях проводится дегидратационная терапия (пункции, магния сульфат, рентгенотерапия, десенсибилизирующие средства). Важное значение имеет направленное воспитание практических навыков, тренировка двигательных функций.

Атонич
рованному
ческого на
ностью эм
ные пло
способнос
тическая п
олигофрени
лимбически
мотивацион

Лечение

эффект пов
возрасте, п
2—3 мес).
правлена на
нировку акт

Профилактика

нообразных
стика орган
совместным
логов и пси
мероприяти

Большо
ления знани
вую очередь
ства, б) об
ных, травм,
матери во в
родителями,
некоторых н
работа женщ
сохранение
для развити
низма берем

К числу
носятся: а)
вание реакц
ции на токс
сахар, г) исс
ра и АВ0.

При выя
но начинать
данной бере
зы, вирусных
мозе и др. П
бенка после

Важную
ние асфиксии
оживления н

Задачи ле
а) тщате
скую болезн
болевания на

Атоническая форма характеризуется неспособностью к мотивированному, целенаправленному поведению, невозможностью психического напряжения, резким нарушением активного внимания, бледностью эмоциональных проявлений. Несмотря на развитие речи, больные плохо используют ее в коммуникативных целях; формальные способности к приобретению знаний нарушаются меньше, чем практическая приспособляемость. Своеобразием патогенеза этой формы олигофрении является, по-видимому, преимущественное недоразвитие лимбических систем и нарушение формирования лобно-лимбических мотивационных систем.

Лечение. Наряду с общими стимулирующими средствами дают эффект повторные курсы амитриптилина (по 0,006 г в дошкольном возрасте, по 0,012 г в младшем школьном возрасте 2 раза в день 2—3 мес). Коррекционно-воспитательная работа должна быть направлена на выработку навыков поведения, самообслуживания, тренировки активного внимания, форм общения с детьми.

Профилактика. Прежде всего необходимы учет и устранение разнообразных этиологических факторов олигофрении, ранняя диагностика органических поражений мозга. Это может быть достигнуто совместными усилиями акушеров, педиатров, генетиков, невропатологов и психиатров путем осуществления преемственной системы мероприятий.

Большое значение имеет широкое распространение среди населения знаний о причинах психического недоразвития детей и в первую очередь: а) о роли здоровья родителей для полноценного потомства, б) об опасности инфекционных заболеваний, особенно вирусных, травм, голодания, интоксикаций, алкоголизма, заболеваний матери во время беременности, в) о роли кровного родства между родителями, большой разницы в возрасте родителей в возникновении некоторых наследственных заболеваний у детей. Профилактическая работа женской консультации должна быть направлена не только на сохранение беременности, но и на обеспечение полноценных условий для развития плода, для чего необходимо тщательное изучение организма беременной.

К числу обязательных исследований в женской консультации относятся: а) исследование крови на реакцию Вассермана, б) исследование реакции связывания комплемента и кожно-аллергической реакции на токсоплазмоз, в) повторные исследования мочи и крови на сахар, г) исследование крови родителей на соответствие резус-фактора и АВ0.

При выявлении заболеваний у беременных необходимо немедленно начинать лечение. Следует обсудить, целесообразно ли сохранение данной беременности, особенно при заболеваниях щитовидной железы, вирусных заболеваниях в первой трети беременности, токсоплазмозе и др. В этих случаях лучше предложить женщине родить ребенка после лечения и улучшения состояния здоровья.

Важную роль играет улучшение родовспоможения, предупреждение асфиксий и травм во время родов, правильный выбор методов оживления новорожденного.

Задачи педиатров и детских невропатологов:

а) тщательное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь, родовую травму или асфиксию и другие тяжелые заболевания на первом году жизни, их лечение;

б) рациональное лечение детей, перенесших инфекций или другие астенизирующие заболевания, и уход за ними;

в) тщательное исследование с целью раннего выявления причин отставания в развитии;

г) двукратное исследование мочи всех новорожденных на втором и третьем месяце жизни на наличие фенилпировиноградной кислоты (реакция с хлорным железом) согласно Приказу МЗ УССР № 488 от 13 сентября 1971 г. «Организация диспансерного наблюдения и лечения больных фенилкетонурией».

Консультативные кабинеты по медицинской генетике согласно Приказу № 1120 МЗ СССР от 31 октября 1979 г. оказывают помощь врачам в диагностике и профилактике наследственных заболеваний (в том числе олигофрении).

Глава 15

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Реактивные психозы — психические заболевания, вызванные психической травмой и протекающие с психотической симптоматикой. Наряду с термином «реактивные психозы» в литературе можно встретить термины «реактивные состояния», «психогенные реакции», «психогенные психозы», «ситуационные реакции», «экзистенциальные реакции» и др.

Эпидемиологическая справка. Среди пограничных состояний частота возникновения реактивных психозов самая низкая. Эпидемиология изучена недостаточно. Установлено, что наиболее часто реактивные психозы возникают в возрасте от 20 до 49 лет, причем у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Наиболее частая форма — реактивная депрессия (59,2%), наиболее редкая — истерический ступор (3,2%).

Патогенез. Кроме психической травмы к патогенным факторам относятся: значимость этой травмы для данной личности, особенности структуры личности, ее прошлое, социальный облик; условия, при которых действует психическая травма, ее продолжительность, интенсивность и повторность. Возникновению реактивных психозов способствует астенизация вследствие соматических заболеваний, интоксикаций, травматических и сосудистых поражений большого мозга, а также состояния временного ослабления в связи с вынужденной бессонницей, недоеданием, перегревом, переохлаждением. Определенное значение имеет направленность психической травмы (только на данную личность или на большую группу людей), психической травматизации (неожиданность или длительное накопление). Имеет значение, оказалась ли личность в психогенно-травматизирующих условиях сознательно, по собственной воле или вопреки ей, роль незнакомой ситуации, изоляции, кататимности переживаний. Индивидуальные психические травмы оказываются более патогенными, чем действующие на коллектив (незначительное число психогенных реакций на войне). Психические травмы, являющиеся чрезмерными по силе раздражителями, вследствие резкого перенапряжения раздражительного и тормозного процессов могут привести к истощению их и развитию гипнотических фаз, «больных пунктов» в коре большого мозга; возникают очаги инертного возбуждения. В связи с эмоциональным напря-

жением возникают гипердренализм и гипергликемия, усиливается деятельность щитовидной железы. При реактивных психозах нарушаются функции гипофизарно-надпочечниковой системы, изменяется гомеостаз, усиливается секреторная деятельность, сужаются сосуды, повышается артериальное давление. Происходит резкое возбуждение симпатической части вегетативной нервной системы, увеличивается потребление кислорода, активируется основной обмен. Эндокринно-вегетативные сдвиги, вызванные психической травмой, можно охарактеризовать как стрессовое состояние. При электроэнцефалографии определяется снижение амплитуды альфа-ритма.

Современные последователи З. Фрейда считают реактивные психозы следствием вытеснения в подсознательное нереализованных сексуальных комплексов. Сторонники конституционально-типологического направления полагают, что психогенный фактор лишь усиливает конституциональные особенности. Сторонники психодинамического направления в основе реактивных психозов видят изживание внутреннего конфликта, реакцию личности на ранние этапы онтогенеза. По мнению психоморфологов, возникновение реактивных психозов связано с поражением подкорковых областей мозга. Экзистенциалисты рассматривают реактивные психозы как «патогенные реакции среды», «экзистенциальные реакции».

Клиника реактивных психозов обычно характеризуется так называемой триадой Ясперса: 1) психоз развивается в связи с психической травмой; 2) травма отражается в содержании психопатологических симптомов психоза; 3) психоз прекращается после ликвидации вызвавшей его психической травмы. Однако обязательность этих признаков относительна. Непосредственная связь реактивного психоза с вызвавшей его психической травмой наблюдается в случаях острой психогении, когда же психические травмы накапливаются постепенно, эту связь можно установить не всегда («отставленная психогения»); в других случаях даже незначительные «обстановочные» раздражители, тождественные действовавшим в прошлом, могут вызвать реактивный психоз, отражающий психическую травму, перенесенную за многие годы до этого («следовые психогении»). По этой же причине может нарушаться и второй признак «триады», когда в психопатологической симптоматике отражается не предшествовавшая его развитию психическая травма, а следы психических травм или соматических заболеваний, перенесенных в прошлом. Относительным оказывается и третий критерий Ясперса: психогенные факторы, вызвавшие реактивный психоз, остаются, но изменяется отношение к ним, а реактивный психоз излечивается; или наоборот, психотравмирующая ситуация разрешилась, а реактивный психоз продолжается.

Различные встречающиеся при реактивных психозах психопатологические симптомы и синдромы имеют специфические особенности.

Расстройства сознания — от аффективно суженного до глубоких сумеречных состояний. Наиболее характерно аффективно суженное сознание: больной сосредоточен на узком круге аффективно окрашенных переживаний, связанных с травмирующей ситуацией, они нестойки, подвижны, ярки, образны, значимы для больного; отмечается смена синдромов нарушенного сознания.

Расстройства памяти — явления ретроградной амнезии («вытеснения»), запоминание всего периода психической травмы, обнаруживаемое после исчезновения расстройства сознания. В одних случаях, несмотря на продолжающуюся психогенную реакцию, амнезия

исчезает, в других, несмотря на благоприятное разрешение ситуации и исчезновение других признаков психоза, — стойко сохраняется. Больные не испытывают тревоги в связи с тем, что не помнят определенных событий, отрицают их, возмущаются, когда им напоминают о фактах, касающихся периода амнезии.

Наиболее характерны *аффективные расстройства*. Преобладают депрессивные аффекты. Выражены галлюцинаторные и бредовые симптомы. Часто развиваются астенические реакции, особенно после окончания психоза как проявления постреактивной астении.

Формы реактивных психозов разнообразны, в них отражается преобладание или чередование различных психопатологических синдромов в структуре единого психического заболевания — реактивного психоза. Характерны волнообразность течения, смена и смешение синдромов; различной может быть и длительность заболевания. Выделяют три группы реактивных психозов: 1) аффективно-шоковые, 2) подострые, 3) затяжные.

Аффективно-шоковые реактивные психозы развиваются при внезапных психогенно-травматических обстоятельствах, сопровождающихся сильным аффектом страха. Наиболее часты при катастрофах (землетрясениях, пожарах, наводнениях) или неожиданных потрясениях, унижающих достоинство или приводящих к крушению жизненного пути (неожиданная измена, арест). Эти психозы кратковременны, протекают с сумеречными расстройствами сознания и быстро заканчиваются выздоровлением; формы их могут быть различны: 1) гиперкинетическая (реактивное возбуждение) — наступает остро, характеризуется резким двигательным возбуждением, бессмысленными разрушительными действиями, бесцельным бегством, иногда навстречу опасности; отмечается отсутствие контакта, дезориентировка и последующая амнезия, 2) гипокINETическая (реактивный ступор) — человек застывает, не отвечает на вопросы, лицо его выражает отчаяние; при обращении, прикосновении выражение ужаса усиливается; состояние длится от нескольких часов до нескольких дней и заканчивается выздоровлением с последующей амнезией; 3) острая психогенная речевая спутанность — сумеречное расстройство сознания с резким психомоторным возбуждением и аффективной напряженностью, с непрерывно произносимым бессвязным потоком отдельных слов, слогов и звуков; состояние длится несколько дней; 4) патологический аффект — развивается вслед за внезапной психической травмой, затрагивающей особо значимые для личности обстоятельства, честь и достоинство; обычно развивается у лиц, ослабленных недосыпанием, недоеданием, перегревом или переохлаждением, легкой инфекцией, перенесших в прошлом легкое органическое поражение головного мозга, не оставившее после себя заметной неврологической или психической патологии; происходит аффективное сужение сознания на травмирующих переживаниях (подготовительная стадия), затем развивается сумеречное состояние с двигательным возбуждением, агрессивными и разрушительными действиями (стадия взрыва), вслед за которыми наступает сон (иногда рядом с жертвой), физическое истощение (не может стоять) с последующей амнезией всего состояния (стадия истощения); 5) реакция «короткого замыкания» — внезапно развивающиеся расстройства сознания с автоматическими действиями у лиц, переживающих длительную аффективно напряженную ситуацию, при которой случайное обстоятельство («последняя капля») приводит к импульсивному автоматическому, часто

опасному для окружающих
вслед за этим наступит
ский аффект и реакция
носят к группе «искл
психиатрическая эксп
Подострые
леннее, чем аффектив
психопатологическую
время. Реактивная
тяжелых жизненных не
ливое настроение, трево
неприятностей, ипохонд
ность, исчезает апетит
жание психической тр
ностью «вчувствования
содержания, естественн
скливо-подавленным на
воги, страха, раздражи
ной депрессии: 1) депре
тоскливого аффекта и р
ми идеями виновности,
и винить других, появл
вания, иногда сопровож
динациями, тревогой; в
нализации, нестойкие п
депрессивный — преоб
усталости, бессилия, по
неряшливы, мало едят
относятся к своему по
рическая депрессия —
обидчивость, эгоисти
столько себя, сколь
внимания, преувелич
ны, усиливая внешн
симптомы подвижны
пуэрилизма. Возмо
При реактивной
ния нередко развив
ся лечению. Типы
вялопрогредиентны
жающийся (от зате
Реактивные
остро и постепенно,
ру. Содержание бре
ляют несколько вар
нойальные реакции
тревога, отражающ
причины; бредовая
ваний происходит
эмоциональности, я
отношения и пресл
наторных проявлен
жительны и проход
го воздействия. Во
5 228

опасному для окружающих действию на фоне нарушенного сознания, вслед за этим наступает сон или состояние истощения. Патологический аффект и реакцию короткого замыкания некоторые авторы относят к группе «исключительных состояний» (см. главу «Судебно-психиатрическая экспертиза»).

Подострые реактивные психозы развиваются медленнее, чем аффективно-шоковые реакции, имеют более сложную психопатологическую структуру и продолжаются более длительное время. Реактивная (психогенная) депрессия развивается вследствие тяжелых жизненных неудач. Постепенно нарастают бессонница, тоскливое настроение, тревожно-боязливое напряжение, ожидание новых неприятностей, ипохондрические опасения, двигательная заторможенность, исчезает аппетит. Депрессивные переживания отражают содержание психической травмы, отличаются «понятностью», возможностью «вчувствования» в них, конкретностью психологического содержания, естественностью аффективных проявлений. Наряду с тоскливо-подавленным настроением нередко проявления аффектов тревоги, страха, раздражительности. Различают три варианта реактивной депрессии: 1) депрессивно-параноидный — на фоне насыщенного тоскливого аффекта и речедвигательной заторможенности с бредовыми идеями виновности, в которых больные стремятся оправдать себя и винить других, появляются бредовые идеи отношения и преследования, иногда сопровождающиеся устрашающими слуховыми галлюцинациями, тревогой; возможны симптомы дереализации и деперсонализации, нестойкие проявления синдрома Кандинского; 2) астено-депрессивный — преобладают вялость, уныние, признаки физической усталости, бессилия, психического и физического истощения: больные неряшливы, мало едят, неохотно отвечают на вопросы, равнодушно относятся к своему положению и травмирующей ситуации; 3) истерическая депрессия — преобладают раздражительное недовольство, обидчивость, эгоистичность; в своих несчастях больные винят не столько себя, сколько окружающих, требуют к себе повышенного внимания, преувеличивают глубину своих страданий, демонстративны, усиливая внешние проявления депрессии в присутствии врача, симптомы подвижны, в них включаются симптомы псевдодеменции и пуэрилизма. Возможен переход депрессии в истерический ступор.

При реактивной депрессии на фоне аффекта тоскливого угнетения нередко развиваются ипохондрические реакции, легко поддающиеся лечению. Типы течения реактивных депрессий: прогрессирующий, вялопрогредиентный (с признаками физического истощения), перемежающийся (от заторможенности к усилению тревожной ажитации).

Реактивные бредовые психозы могут развиваться остро и постепенно, иметь паранойяльную или параноидную структуру. Содержание бреда обычно отражает психическую травму. Выделяют несколько вариантов реактивных бредовых психозов; 1) паранойяльные реакции — подозрительность, недоверие, настороженность, тревога, отражающие действительно имеющиеся психотравматические причины; бредовая переработка действительных жизненных переживаний происходит при внешней упорядоченности поведения, живой эмоциональности, яркой аффективной насыщенности; бредовые идеи отношения и преследования тесно связаны друг с другом; галлюцинаторных проявлений обычно нет; паранойяльные реакции непродолжительны и проходят при изменении ситуации и психотерапевтического воздействия. Возможно перерастание в паранойяльное развитие;

2) ипохондрические реакции по структуре близки к паранойальным; развиваются у лиц мнительных в связи с каким-либо соматическим недомоганием, которому придается слишком большое значение; ипохондрические идеи приобретают сверхценный, доминирующий характер, направляют мысли и поступки больных, постепенно обрастают бредовыми интерпретативными идеями воздействия, отношения и преследования; иногда обнаруживаются дисморфобические проявления; имеется тенденция к затяжному течению; 3) острые реактивные параноиды возникают в ситуации изоляции (у военнопленных, тугоухих, арестантов), в непривычной обстановке («железнодорожные» параноиды, параноиды «внешней обстановки»); играют роль временно измененная почва (вынужденная бессонница, недоедание, простуда, употребление алкоголя), предшествовавшие развитию параноиды тревожные ожидания, раздумья, семейные и служебные неурядицы; имеют значение характерологические свойства личности — сенситивность, тревожность, мнительность; остро развивается состояние страха, растерянности, тревожно-боязливого ожидания с аффективно-насыщенными бредовыми идеями отношения и преследования, содержание которых отражает психотравмирующую ситуацию; в период острого двигательного-речевого возбуждения нарушается сознание (от аффективно-суженного до сумеречного); отмечаются слуховые и зрительные галлюцинации, явления дереализации, иногда проявления синдрома Кандинского. Если ситуация изменяется в благоприятную сторону, острый реактивный параноид быстро проходит, однако критическое отношение восстанавливается не всегда; возможны быстрые рецидивы при попадании в ту же травмирующую ситуацию. При длительном сохранении психогенно-травмирующей ситуации (например, судебно-следственной) течение становится затяжным; 4) подострые реактивные параноиды развиваются постепенно, в случаях длительно действующей психической травмы. Все происходящее приобретает особое значение; присоединяются устрашающие слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, воздействия, относящиеся не только к больному, но и к его близким; выражен аффект страха; могут возникать и бредовые идеи другого характера — бред помилования, невиновности и т. п.

Психогенный галлюциноз как отдельная форма реактивного психоза выделяется не всеми авторами, некоторые считают его проявлением реактивного параноида. Психогенный галлюциноз возникает на фоне резкого аффективного возбуждения. Зрительные и слуховые галлюцинации аффективно насыщены, чувственно-образные картины по содержанию отражают психическую травму. Больные видят, как их и их родных пытаются, казнят, испытывают гнев, страх, отчаяние, могут проявить агрессивность или совершить суицидальную попытку.

Индукцированные психозы развиваются у лиц, непосредственно и продолжительно контактирующих с психически больным, обычно у лиц с низкой культурой, верящих в реальность высказываемых больным бредовых идей. Бессонные ночи, плохое питание, соматическая ослабленность или заболевание способствуют некритическому восприятию и повторению болезненных высказываний и восприятий больного. Часто возникают у верующих, истощающих себя молитвой, постом, подвергающихся внушению и самовнушению. В связи с этим индуцируемый начинает видеть и слышать то, о чем заявляет душевнобольной, испытывает возбуждение, страх или экс-

таз, иногда в связи с этим способен к агрессивным действиям. После помещения в больницу быстро выздоравливает.

Ганзеровский синдром — психогенное сумеречное расстройство сознания, характеризующееся «мимоговорением», симптомами пуэрилизма, тревожно-тоскливым настроением. Больные не могут ответить на простейшие вопросы, выполнить элементарное задание, суетливы, беспечны. После выхода из болезненного состояния отмечается амнезия. В последние десятилетия встречается редко.

Псевдодеменция напоминает ганзеровский синдром, но при ней сознание нарушается не столь глубоко. Больные дают неправильные ответы на простые вопросы, но отвечают именно на заданный вопрос (так называемая миморечь после неоднократного повторения вопроса); неправильно выполняют простейшие действия (так называемые мимодействия). Обнаруживаются персеверативные ответы и действия, невозможность читать и писать. Больные плохо ориентируются в окружающем, не знают, сколько им лет, сколько у них пальцев на руках, не могут указать на ухо, нос, дают отрицательные ответы на любой вопрос, таращат глаза. Выражены растерянность, недоумение, суетливость, неустойчивость внимания, повышенная отвлекаемость, моторная неуклюжесть, неадекватная беспечность и дурашливость. Травмирующие переживания вытесняются.

Пуэрилизм — детское поведение на фоне истерического сумеречного расстройства сознания: больные шепелявят, сюсюкают, называют себя уменьшительными именами, к окружающим обращаются со словами «тетя», «дядя», играют бумажками, делают из тряпок куколок, укачивают их, дурачатся, кувыркаются, капризничают. В ответах обнаруживают жизненный опыт и запас знаний, соответствующий детскому уровню. Наряду с этим сохраняются некоторые поступки и высказывания взрослого человека.

Синдром регресса психики («одичания») — выраженный аффект страха с резким психомоторным возбуждением на фоне истерического сумеречного расстройства сознания; больные не умываются, сбрасывают одежду, рычат, лают, хрюкают, обнюхивают, скалят зубы, кусаются, спят на полу, свернувшись калачиком, едят прямо из миски, не пользуясь ложкой, не могут застегнуться, бывают агрессивны, происходит распад навыков, знаний, умений.

Психогенный (истерический) ступор возникает внезапно, в критические моменты психогенно-травмирующей ситуации (оскорбление, уличение в неблагоприятных поступках, предъявление обвинения, разоблачение); в некоторых случаях психогенный ступор может развиваться после других реактивных состояний. Состояние двигательной заторможенности сопровождается мутизмом, отказом от еды, иногда неопрятностью (больные пачкаются мочой и калом). Мимика больных отражает эмоциональное напряжение, аффект злобы, страдание. Речевой или двигательного-мимического контакта отсутствует, но при обращении к больным у них учащается пульс, лицо краснеет, голова поворачивается в сторону, изменяется поза. Иногда больные причмокивают, делают сосательные движения, таращат глаза; наблюдаются псевдодементные и пуэрильные проявления, стереотипные движения. При затяжном течении может развиваться соматическое истощение. Выход из ступорозного состояния — внезапный или постепенный. Возможно и частичное проявление психогенного ступора — преступорозное или субступорозное состояния: движения больных замедлены, походка скована, мимика маловыразительна,

ответы односложны; остальные проявления такие же, как и при развитии ступоре.

Синдром бредоподобных фантазий возникает внезапно в связи с острой психической травмой или как трансформация другого реактивного психоза. Появляются фантастические бредоподобные идеи величия, значимости, изобретательства, носящие гипертрофический характер при несоответствующем им аффективно-тревожном настроении на фоне истерически суженного сознания. Больные вытесняют психотравмирующие переживания, неблагоприятные поступки облагораживая, представляя их героическими подвигами, а себя — заслуженными людьми. Высказывания больных стереотипно повторяются, в процессе беседы дополняясь новыми яркими деталями, «обосновывающими» фантастические измышления. Бредоподобные фантазии исчезают внезапно или постепенно тускнея.

Все описанные выше синдромы подострых реактивных состояний являются проявлениями единого реактивного психоза, о чем свидетельствует смена одних синдромов другими. Они могут принимать затяжное течение, при котором стираются психопатологические особенности отдельных синдромов, утрачивается связь содержания симптомов с психической травмой.

Клиника затяжных реактивных психозов представляет собой совокупность элементов, синдромов, подострых реактивных состояний. Н. И. Фелинская (1968) выделяет три типа течения затяжных реактивных психозов: 1) непрогредиентные затяжные — синдром подострого реактивного психоза сохраняется, но утрачивается аффективная напряженность, нет проявлений страха, психогенное содержание блекнет, преобладает заторможенность; психопатологические проявления становятся стереотипными, бред не имеет дальнейшего развития, галлюцинации тускнеют, лишаются яркости, образности; прогноз благоприятный: с изменением ситуации наступает выздоровление; 2) трансформирующиеся затяжные: имеют место распад и трансформация синдромов подострого реактивного психоза, обнаруживаются отдельные симптомы реактивного состояния в виде «осколков»; иногда наблюдается регресс психики, распад навыков, знаний; течение рецидивирующее, волнообразное: обострения сменяются улучшениями, затем наступает более тяжелое состояние; 3) вялопрогредиентные затяжные — постепенное утяжеление болезненных проявлений; на фоне выраженной психомоторной заторможенности и настроения усиливаются симптомы дереализации, деперсонализации, элементы синдрома Кандинского; нарастает физическое и психическое истощение.

Постреактивные изменения психики — преходящие явления постреактивной астении, иногда с ипохондрическими включениями и появлением раздражительной слабости, бессонницы, гневливости, ослабления памяти, тревожности (так называемое психогенное развитие личности).

Повторные реактивные состояния и рецидивы развиваются через определенный промежуток времени после предыдущего в связи с новыми психотравматическими влияниями (повторные) или возобновляются через короткий срок после выздоровления при прежней травмирующей ситуации (рецидивы). Психопатологическая симптоматика повторных реактивных состояний и рецидивов аналогична первому эпизоду реактивного психоза или оказывается как бы более глубокой стадией течения одного и того же реактивного

психоза. Основ
жет быть след
Реактив
ских заб
сти от основ
ной реакции в
как вследствие
падения начала
случаях призна
реактивной сим
ния психогенн

Лечение реа
течения. При а
значением снот
прессиях обычн
неулептил, во
визаторы (д
сложных случая
тивных парано
гическому возд
эрилизм, ступо
эфирный рауш
фоне антидепре
сочетаются с п
пией, физио- и
если это возмо
вить отношения

Патоморфоз
нения условий
человека, появл
тропных средст
мости быстрого
общей культуры
синдром Ганзер
пуэрилизма, бре
раноидная симп
не свойственные
риозные. Имеет
прошлом заболе
клише, которое

Глава 16

НЕВРОЗЫ И НЕ

Неврозы — псих
ческой деятельн
тельно разрешит
Симптомы невро
К ним относят
(В. Н. Мясищев
ная переработка,
ния и сомато-вег

психоза. Основой рецидивов и повторных реактивных состояний может быть следовое последствие перенесенного реактивного психоза.

Реактивные психозы на фоне других психических заболеваний приобретают ряд особенностей в зависимости от основного психоза. Возможно появление признаков психогенной реакции в начале течения любого психического заболевания — как вследствие оживления психогенных следов прошлого, так и совпадения начала заболевания другой этиологии с психогенией. В этих случаях признаки основного заболевания сочетаются с психогенно-реактивной симптоматикой. По мере развития основного заболевания психогенные симптомы уступают место основным.

Лечение реактивных психозов зависит от формы, типа и этапа течения. При аффективно-шоковых реакциях можно ограничиться назначением снотворных, купировать возбуждение, при реактивных депрессиях обычно назначают amitriptилин или триптизол, а также неупелтил, во второй половине дня к ним присоединяются транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид, оксазепам), а в более сложных случаях — нейролептики (аминазин, трифтазин), при реактивных параноидах — нейролептики. Трудно поддаются фармакологическому воздействию истерические психозы — псевдодеменция, пуэрилизм, ступор и др. В таких случаях рекомендуется применять эфирный рауш-наркоз, кофеин-барбамитовое растормаживание на фоне антидепрессантов и транквилизаторов. Все эти методы лечения сочетаются с рациональной психотерапией, общеукрепляющей терапией, физио- и трудотерапией. Кроме того, необходимо устранить, если это возможно, психогенно-травматизирующие факторы, оздоровить отношения в семье, на производстве.

Патоморфоз реактивных психозов наблюдается вследствие изменения условий жизни, питания, экологии, биологических свойств человека, появления и широкого применения антибиотиков и психотропных средств, роста перегрузок, шумов, темпа жизни, необходимости быстрого принятия решений, повышения уровня притязаний, общей культуры, появления новых установок. Почти не встречается синдром Ганзера, все реже наблюдаются синдромы псевдодеменции, пуэрилизма, бредоподобных фантазий, преобладает депрессивно-параноидная симптоматика. Появляются формы расстройств сознания, не свойственные прежде реактивным психозам, — аментивные, делириозные. Имеет значение и следовой патоморфоз; перенесенные в прошлом заболевания, даже другого характера, составляют следовое клише, которое воспроизводится последующей психогенией.

Глава 16

НЕВРОЗЫ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Неврозы — психогенные функциональные расстройства нервно-психической деятельности, обусловленные неспособностью личности сознательно разрешить конфликт с собой либо со своим окружением. Симптомы невротического страдания принципиально обратимы. К ним относятся: искажение значимых отношений личности (В. Н. Мясищев, 1960), их эгоцентрическая умственно-эмоциональная переработка, болезненные поведенческие реакции, а также астения и сомато-вегетативные нарушения.

Патофизиологической основой невроза является «срыв» высшей нервной деятельности в результате перенапряжения основных нервных процессов (возбудительного или тормозного) либо «сшибки» возбудительного и тормозного процессов в коре головного мозга (И. П. Павлов). «Сшибка» рассматривается так же, как столкновение двух конкурирующих очагов возбуждения (П. К. Анохин). При неврозах возникают фазовые гипноидные состояния в коре большого мозга, застойные очаги возбуждения («больные пункты»), нарушаются функциональные взаимоотношения между корой большого мозга и подкоркой. Имеют значение тип высшей нервной деятельности, особенности формирования личности.

Неврастения возникает в результате психологического конфликта — несоответствия между устремлениями и усилиями личности достигнуть жизненной цели и пределами ее физических и психических возможностей; характеризуется психической и физической слабостью, повышенной утомляемостью, трудностью сосредоточения внимания, головной болью (сдавливающей, нередко с парестезиями кожных покровов), непереносимостью различных раздражителей (шума, света, температур и др.), эмоциональной лабильностью и бессонницей. Специфической особенностью является раздражительная слабость — стремительное возникновение и быстрое истощение раздражительного процесса. Обнаруживается известная избирательность раздражительной слабости по отношению к определенным психологически значимым раздражителям. Характерные соматические жалобы: боль в области сердца, сердцебиение, затруднение вдоха, снижение аппетита, чувство тяжести в желудке, отрыжка, тошнота, головокружение, зябкость и онемение конечностей, различные парестетические ощущения, часто половая слабость. Отмечаются соматические и неврологические изменения: транзиторное повышение или понижение артериального давления, дряблость кожных покровов, землистый цвет лица, повышенная потливость, дермографизм, тремор пальцев рук в позе Ромберга, оживление сухожильных рефлексов. Нередко появляются навязчивые мысли или фобии. Больным присущи чрезмерная актуализация болезненных явлений, гиперестетический характер и вязкость переживаний, подчеркивание их драматизма, диффузность, миграция и обилие ипохондрических жалоб.

Различают две формы неврастении: гиперстеническую и гипостеническую. Гиперстеническая возникает при ослаблении внутреннего торможения в коре большого мозга, когда раздражительный процесс приобретает характер раздражительной слабости; при гипостенической значительно ослабляется и процесс возбуждения. Возникают явления запредельного охранительного торможения, сопровождающиеся чувством усталости, слабостью, вялостью, сонливостью, некоторой заторможенностью моторики, часто пониженным настроением, слезливостью. При затяжном течении возможны астено-ипохондрические и астено-депрессивные состояния («невротическая депрессия»).

Истерия. В основе психологического конфликта лежит несоответствие между влечениями и возможностями их удовлетворения. Характерна высокая внушаемость в сочетании с инфантильно-эгоцентрической жизненной позицией и претенциозным поведением. Эмоциональная окраска страдания превалирует над рационально-рассудительной оценкой сущности конфликта и особенностей своего состояния. В связи с этим внешне симптом выражается утрированно, создавая впечатление «театральности», «картинности», demonstra-

тивной драматичности, нарочитости. Отмечается также избирательная, парциальная внушаемость, тематически совпадающая с содержанием желаний и стремлений. Двигательные проявления в сравнении с тяжестью переживаний гиперболизированы. Это имеет особое значение при оценке истерически-депрессивных состояний с выражением суицидальных намерений, так как тенденция к повторению и умножению действий, воплощающих «демонстративную» суицидальную попытку, может привести к фатальному исходу. Во время врачебного исследования больные, как правило, мало жалуются на болезненное явление (своеобразное «игнорирование» симптома при одновременном преувеличенно-экспрессивном его предъявлении). Так, больной с истерической афонией не жалуется на затруднение речи, но многократно пытается ответить на вопрос врача, обнаруживая при этом полную беспомощность. Соматические симптомы истерии отражают психопатологическое содержание переживаний; отмечается выпадение (чаще парциальное) каких-либо телесных функций или как бы «притворное» искажение умений и навыков. Сюда относятся: расстройства чувствительности (не соответствующие анатомически обусловленным зонам иннервации), выпадение отдельных рефлексов (типично исчезновение глоточного и роговичного), парезы, параличи, контрактуры, мутизм, амавроз, афония, ступор и др. Истерия может также проявляться в чрезмерном усилении каких-либо функций, как правило, за счет их моторных компонентов (иногда в сочетании с аффективным сужением поля сознания — «истерические сумерки»): суетливость движений с подчеркнутой растерянностью, многоречивость с преувеличенной неумелостью выражения мыслей и непониманием смысла вопроса, утрированные реакции при исследовании соматического или неврологического состояния, астазия-абазия с демонстрацией тщетности попыток ее преодоления, разнообразные тики, тремор, упорный кашель, отрыжка воздухом (аэрофагия), неукротимая рвота, спазмы пищевода и сфинктеров, приступы сердцебиения, судорожные припадки, хаотическое психомоторное возбуждение (бесцельное бегство и др.). Форма выражения истерических симптомов зависит от особенностей содержания желаний и способствует достижению «обходным путем» определенных целей — избавлению от конфликтообразующих обстоятельств («условная приятность симптомов» по И. П. Павлову). Однако при оценке истерических проявлений следует помнить, что соматические симптомы часто образуются путем наименьшего сопротивления и в некоторых случаях могут маскировать начальные, нерезко выраженные проявления органических процессуальных заболеваний.

Психастения. Основой психологического конфликта является слабость волевых побуждений в ситуации выбора, затянувшаяся борьба внутренних мотивов. Развивается на основе тревожно-мнительного характера. В силу болезненной нерешительности психогенными становятся даже обыденные ситуации принятия решения. На фоне гипертрофированных сомнений в правильности избранного «плана действий» легко появляются различного типа навязчивости. Навязчивые опасения, как правило, не имеют конкретно-чувственного облика; они характеризуются скорее холодно-логическим «умствованием», чем неподвластным волевому усилию наплывом страха. Больной не только критичен при оценке симптомов страдания, но и обеспокоен снижением продуктивности труда, что становится в большинстве случаев главным содержанием его жалоб. Мотивом обраще-

ния к врачу может быть также психогенное заострение черт недостаточности сомато-вегетативной конституции и обусловленное тревожной мнительностью «предвидение» возможного развития соматического заболевания. Больные могут быть повышено внушаемы в этом плане, что требует особой деонтологической настороженности для предотвращения ятрогенных влияний. Явления психастенических навязчивостей часто бывают весьма устойчивыми ввиду их тесной связи с характерологическими особенностями личности. Это дает основание рассматривать психастению как вариант развития психастенического характера и относить ее к психопатиям.

Невроз навязчивых состояний. Психологический конфликт обусловлен наличием контрастных противоборствующих стремлений, часто затрагивающих этические установки личности. Невозможность разрешения этого конфликта определяется не столько конституциональной недостаточностью побуждений, сколько влиянием астенизирующих, истощающих факторов (длительно существующая неблагоприятная жизненная ситуация, хроническое соматическое заболевание), на фоне которых разрешающее действие психогенной травмы способствует формированию навязчивостей. В основе ананкастического синдрома лежит опасение, что то или иное решение может оказаться необратимо роковым в дальнейшей судьбе. Психопатологическим ядром заболевания являются фобии — безотчетные страхи, произвольно возникающие аффективно насыщенные ожидания утраты способностей, авторитета, благополучия, здоровья, самой жизни. В формировании конкретного содержания фобических опасений решающее значение имеет фиксация деталей психогенно-травмирующей ситуации, в связи с чем эти страхи всегда конкретно-образны и весьма индивидуализированы. Фобии неразрывно переплетены с попытками их преодоления и с навязчиво-защитными ритуалами, «охранительно-профилактическими» действиями, выполнение которых как бы символически предохраняет больного от грядущих опасностей. Несмотря на рассудительное понимание необоснованности болезненных страхов и нелепости ритуальных действий, больные не могут преодолеть мощного эмоционального заряда, лежащего в их основе и дезорганизирующего цельность и продуктивность психической деятельности. Поэтому состояние больных, особенно при затяжном течении невроза, может приобретать депрессивную окраску и сочетаться с оценкой бесперспективности, безвыходности своего положения, тем более, что в структуре клинической картины заболевания значительную роль играют относительно устойчивые вегетативно-соматические расстройства. В таких случаях возможно появление у больных суицидальных тенденций. Эти состояния следует отличать от циклотимии.

Течение неврозов зависит от типологических особенностей высшей нервной деятельности, характерологических свойств личности, влияния дополнительных астенизирующих воздействий, содержания, значимости, интенсивности и продолжительности психической травмы. В связи с этим различают следующие типы течения неврозов: 1) невротическая реакция — сравнительно кратковременное болезненное состояние (от нескольких дней до 1—2 мес), в структуре которого основное значение имеют астенические, эмоциональные и преходящие сомато-вегетативные симптомы, тесно связанные с травмирующей ситуацией; 2) собственно невроз (так называемый ядерный невроз) — более продолжительное заболевание (от нескольких ме-

сяцев до нескольких лет) с более стойкой и полиморфной структурой симптомов, характерной невротической позицией личности, вытекающей из преморбидных особенностей; 3) невротическое развитие — длительное (многолетнее) заболевание, нередко с нарушением трудоспособности, обусловленное выраженной преморбидной акцентуацией личности и неразрешенной длительной травмирующей ситуацией. Описанные типы течения возможны при любом неврозе. Невротическая реакция может перерасти в собственно невроз, а последний — в невротическое развитие личности. Эти переходы и прогноз в значительной мере зависят от своевременной диагностики, адекватного лечения и социальной помощи.

Неврозоподобные состояния наблюдаются при заболеваниях внутренних органов, инфекционных и интоксикационных заболеваниях, органических поражениях большого мозга, а также в некоторых случаях при стертых и атипичных формах эндогенных психозов. Характеризуются (кроме последней группы) астеническим симптомокомплексом, диффузной неврологической микросимптоматикой, быстрой истощаемостью, расстройством сосредоточения, сенситивностью, дистимической окраской настроения, локальными вегетативно-соматическими расстройствами, гиперпатическим оттенком болезненных ощущений и сенестопатическими явлениями. Выражены личностные реакции. Патогенез неврозоподобных астенических состояний обусловлен патологическими изменениями в диэнцефальной области, особо чувствительной к действию различных повреждающих агентов, и нарушениями корковой динамики и корково-подкорковых отношений.

Диагностика неврозов базируется на выявлении типичных симптомов и установлении клинической связи между болезненным состоянием и психической травмой. Эта связь обнаруживается, прежде всего, при определении границы начала заболевания, в большинстве случаев совпадающей с моментом действия психогении. Содержание конфликта и психогенно-травмирующей ситуации находит отражение в структуре и содержании болезненной симптоматики («психологически понятные связи»). При этом устанавливается соответствие между структурой синдрома и типологическими особенностями преморбидной личности, местом и значением отдельных симптомов и соотношением психопатологических и сомато-вегетативных признаков. В целом отношение больных неврозами к своему страданию характеризуется изменением жизненной позиции в сторону эгоцентризма оценочных суждений. Поэтому большое значение имеет раскрытие «условной приятности» симптомов. Однако не следует «психологизировать» все симптомы. Больного следует подвергнуть всестороннему соматическому, неврологическому и лабораторному исследованию для выявления сопутствующих заболеваний и исключения возможности маскирования неврозоподобной симптоматикой органических поражений мозга.

Лечение. Основные принципы: 1) всестороннее изучение особенностей личности больного, начиная с детского возраста, вскрытие и доведение до сознания пациента специфики психологического конфликта; 2) комплексность методов лечения при ведущей роли психотерапии; 3) индивидуализация подхода; 4) учет формы невроза, особенностей симптоматики и типа течения; 5) патофизиологическое обоснование лечебных воздействий, в том числе на сопутствующие соматические заболевания, различение защитного и патологического в симптоматике; 6) поэтапный характер лечения и социально-реаб-

литационных мероприятий; 7) учет особенностей микросоциальной среды, проведение семейной психотерапии; 8) строгое соблюдение правил деонтологии. Для успешного лечения неврозоподобных состояний необходимо своевременное лечение основного заболевания наряду с психотерапевтическими методами.

При неврастении в начальный период используется рациональная психотерапия; в последующем целесообразно сочетать индивидуальную психогенетическую психотерапию (по В. Н. Мясищеву) с коллективной психотерапией (методы «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживаний», «коррекции уровня притязаний»), аутогенной тренировкой, гипнозом-отдыхом (по К. И. Платонову). При гиперстенической неврастении больному следует отдохнуть, создать рациональный режим труда и питания. Назначаются транквилизаторы (хлордиазепоксид, мепротан, оксазепам, диазепам, рудотель, триоксазин, амизил), препараты брома и другие седативные средства. При повышенном артериальном давлении применяют внутримышечные инъекции раствора магния сульфата, а при пониженном — 5—10 вливаний 10% раствора кальция глюконата (при отсутствии тенденции к тромбообразованию). Назначают также витамины (тиамина хлорид, пиридоксина гидрохлорид, аскорбиновую кислоту, рутин и др.), препараты фосфора, глютаминовую кислоту, аминалон, в малых дозах инсулин с глюкозой. Для нормализации ночного сна применяют нитразепам, ноксирон, барбитураты, микстуру с отваром валерианы, бромом и мегиналом. При упорной бессоннице назначают аминазин по 0,025 г или левомепромазин по 0,012 г. Иногда целесообразно проводить лечение электросном. При гипастенической форме назначают транквилизаторы, а при наличии стойких фобий — меллерил и неулептил либо хлорпротиксен. При кардиальгическом синдроме наряду с сердечными препаратами назначают инъекции аденозинтрифосфорной кислоты (при отсутствии гипотонии) либо кокарбоксылазы. Целесообразно также применение димедрола, амизила, беллатаминала, белласпона или беллоида. Эффективны физиотерапевтические процедуры, в первую очередь водолечение. При значительном ослаблении симптоматики лечение может быть продолжено в санаторных условиях.

При истерии эффективно сочетание психогенетической (по В. Н. Мясищеву) и гипносуггестивной психотерапии. Проводится коллективная психотерапия, внушение наяву, коллективный гипноз и аутогенная тренировка, в случаях стойких «конверсионных» симптомов эффективна наркопсихотерапия и метод «кальциевого удара» по Свядошу: быстрое (1 мл в 1 с) внутривенное введение 20 мл 10% раствора кальция хлорида (не более 0,05 г на 1 кг массы), вызывающее бурные вегетативные явления с одновременным императивным внушением наяву (проводится физически здоровым пациентам молодого возраста при нормальном протромбиновом индексе). Применяются препараты валерианы, пустырника, брома, транквилизаторы, димедрол, беллатаминал, беллоид. Успешность применения физиотерапевтических процедур (гальванизация конечностей либо вдоль позвоночника, ионофорез новокаина, гальванический воротник по Щербаку, массаж, лечебная физкультура, ванны) в значительной степени обусловлена их косвенным психотерапевтическим действием. Санаторное лечение показано при улучшении и появлении положительных социально-трудовых установок.

При психастении основным методом является рациональная пси-

хотерап
терапия
хотерап
положи
сторона
является
водится
довым
культтер
ного пси

При
тактика
применя
ной трен
жения»
гарду (п
тостью и
с бромом
в малых
фат, аде
певтическ
ры, в ма
дол) и
френолон
ванном п
ком течен
довой ада

Реаби
терапии,
жима, ус
вий), про
ности, в
Проф
ние психо
ние орган
травматиз

Глава 1
ПСИХОП

Психопати
рактизу
свойств п
стей. Ано
при отсут
являющих
левого ре
возможн
с требов
ставляет
бенности
ружение

хотерапия. Используются также гипнотерапия, коллективная психотерапия и аутогенная тренировка. Существенное значение при психотерапии имеет оптимистическое, ободряющее противопоставление положительных сторон тревожно-мнительного характера его теневым сторонам. Действенным компонентом опосредованной психотерапии является детальное соматическое и лабораторное обследование. Проводится общеукрепляющая терапия. Больные привлекаются к трудовым занятиям, занятиям лечебной физкультурой, приобщаются к культтерапии. Целесообразно лечение в условиях специализированного психоневрологического санатория.

При неврозе навязчивых состояний общая психотерапевтическая тактика остается такой же, как при психастении. Дополнительно применяются наркопсихотерапия и различные модификации аутогенной тренировки, метод «десенсибилизации» и «реципрокного торможения» по Вольпе, методика функциональной тренировки по Леонгарду (постепенное приучение к преодолению фобии), лечение занятостью и трудовая терапия. Назначаются в малых дозах кофеин с бромом, подкожное введение кислорода, лечение сном, витамины, в малых дозах инсулин, препараты фосфора (кальция глицерофосфат, аденозинтрифосфорная кислота, фитин, фосфрен), физиотерапевтические процедуры. По показаниям применяются транквилизаторы, в малых дозах антидепрессанты (амитриптилин, азафен, пиразидол) и нейролептики (меллерил, хлорпротиксен, левомепромазин, френолон, терален, неупелтил, трифтазин). Лечение в специализированном психоневрологическом санатории показано только при легком течении невроза без явлений депрессии и утраты социально-трудовой адаптации.

Реабилитационные мероприятия: раннее привлечение к трудовой терапии, оказание социальной помощи (нормализация трудового режима, устранение конфликтных ситуаций, улучшение бытовых условий), проведение семейной и поддерживающей психотерапии, в частности, в клубе бывших пациентов.

Профилактика предусматривает меры, направленные на воспитание психологически устойчивой и гармоничной личности, оздоровление организма и устранение либо сведение к минимуму психической травматизации.

Глава 17

ПСИХОПАТИИ

Психопатия — патологическое развитие личности (дизонтогенез), характеризующееся дисгармоничностью склада эмоционально-волевых свойств при относительной сохранности познавательных способностей. Аномальность характера и личности в целом обнаруживается при отсутствии границ начала и конца болезненных отклонений, проявляющихся, главным образом, в неустойчивости эмоционально-волевого реагирования. В результате страдают приспособительные возможности индивидуума, и поведение его вступает в противоречие с требованиями общественной морали: больной страдает сам и заставляет страдать других. Присущие психопатической личности особенности тотальны и определяют весь ее психический облик. Обнаружение отдельных, парциальных характерологических свойств

(например, вспыльчивость, застенчивость, чрезмерная общительность или подозрительность) еще не дает оснований диагностировать психопатию. Ее следует отличать от так называемой акцентуации характера (крайнего варианта нормы). При психопатиях отсутствуют психотические симптомы.

Эпидемиологическая справка. Среди психически больных, состоящих на учете в психоневрологических учреждениях, больные психопатиями составляют около 5%; из них до 75% — психопатиями возбудимого типа с антисоциальным поведением.

Этиопатогенез изучен недостаточно. Наиболее часто психопатию рассматривают как полиэтиологичное заболевание. Придается значение как фенотипическим особенностям личности, так и воздействию условий внешней среды — соматогенным и психогенным факторам, условиям воспитания и жизни. Психопатии часто являются следствием длительного воздействия психических травм на неустойчивую психику ребенка со свойственной ей повышенной внушаемостью и легкой податливостью воздействию окружающего. Хронические или повторные психические травмы могут привести к неблагоприятному изменению структуры психики, дисгармонии эмоционально-волевых свойств. Так называемая ядерная психопатия обусловлена преимущественно конституциональными факторами, в то время как краевая (приобретенная) развивается в основном под влиянием условий внешней среды. Однако подобное деление условно, поскольку при образовании психопатии имеет место сложное сочетание и взаимодействие конституциональных и средовых факторов. Попытки объяснить патогенез психопатии, исходя из анатомо-физиологических, конституциональных, вегетативно-сосудистых, биохимических, генетических, эндокринных, психологических и психопатологических факторов, существенным успехом не увенчались: не удалось объяснить причины ее развития, очертить границы и выделить общепризнанные формы. Однако единство биологического и социального факторов в становлении и развитии психопатий очевидны. Основные пути формирования психопатий под воздействием внешней среды: подражание психопатическим формам поведения окружающих (реакции имитации); закрепление ситуационно повторяющихся негативных реакций (протеста, оппозиции); культивирование окружающими психопатических реакций ребенка и подростка (ребенок — «кумир» семьи). Доказано, что различные условия социальной жизни способствуют формированию различных типов психопатий.

Клиника психопатий включает как общие признаки, свойственные всем формам, так и частные, характерные для отдельных ее форм. Остается неясным, когда формируется психопатия: в детстве, в период пубертатного криза или же в юношеском возрасте. По-видимому, возможен любой из вариантов. Обнаружение психопатии после 18—20 лет имеет важное значение для военно-психиатрической экспертизы, так как незаметные до призыва психопатические свойства могут выявиться в сложных условиях военной службы. Психопатия начинает формироваться на ранних стадиях развития личности, поэтому правомерно понятие латентной психопатии, точнее, ее препсихопатической стадии, когда отмечаются лишь отдельные невыраженные, нестойкие и изменчивые психопатические свойства, обнаруживающиеся в зависимости от ситуации, соматического состояния; форму психопатии определить еще нельзя, но реакция личности на действие факторов внешней среды имеет патологический характер.

Диагностировать психопатию можно лишь в том случае, если уже нарушена адаптация личности к среде, а психопатические свойства тотальны и мало обратимы. Общие признаки психопатий: а) быстрые и бурные эмоциональные реакции, возникающие нередко без достаточного повода; б) изменчивость привязанностей, чувств, вкусов, оценок; в) неустойчивость настроения; г) нарушение силы влечений и активности (в ту или иную сторону); д) извращенное понимание справедливости и эгоцентризм; е) завышенный уровень притязаний при незначительном уровне достижений; ж) «парциальная нескритичность», легковерие, поверхностность суждений, кататимность оценок, недостаточно прогнозируемое поведение; з) плохая переносимость алкоголя и некоторых лекарственных средств. Не все указанные признаки являются обязательными и при отсутствии каких-либо из них диагноз психопатии отвергать нельзя.

Клинические формы (типы) характеризуются облигатными и факультативными признаками. Первые определяют форму психопатии, вторые — особенности психопатии у данного больного. Обычно облигатные симптомы обрастают факультативными, но иногда факультативные выступают на первый план, а облигатные теряют свою выраженность.

Возбудимые (аффективные, эксплозивные) психопатии характеризуются такими облигатными проявлениями, как возбудимость, конфликтность, повышенная самооценка, дисфория; вспышки раздражительности по незначительным поводам или без таковых могут доходить до ярости, огневой раздражительности, но быстро угасать. Больным присущи эгоцентризм, обидчивость, подозрительность, стремление к лидерству без достаточных оснований для этого. Психопатические свойства вначале обнаруживаются в кругу семьи, а затем и вне ее. К возбудимому типу относятся эпилептоидные, паранойяльные, циклоидные и импульсивные психопатии. Наряду с признаками, общими для группы возбудимых, эпилептоидные психопаты отличаются злопамятностью, мстительностью, вязкостью и тугоподвижностью психики; наряду с деспотичностью и властностью лицемерны и угодливы, имеют моральные дефекты, нередко — извращенность жизни влечений, способность к двигательным разрядам — агрессивно-разрушительным действиям с вегетативно-сосудистыми реакциями; при замедленном психическом темпе возможна стеничность. Параноические (паранойяльные) психопаты отличаются склонностью к паралогическому мышлению, зависимостью мышления от аффективных тенденций — кататимно-аффективному истолкованию ситуации, подозрительностью, недоверчивостью, эгоцентрической убежденностью в своей правоте, искаженным пониманием справедливости, не выносят возражений и чужого мнения; склонны к образованию сверхценных идей. Циклоидные (гипер- и гипотимические) психопатии характеризуются склонностью к колебаниям настроения; больные с гипотимией унылы, малоподвижны, вялы, быстро утомляются; с гипертимией — всегда жизнерадостны, болтливы, легкомысленны, суетливы, переоценивают свои возможности, нетерпимы к возражениям, конфликтны. При импульсивных психопатиях отмечается склонность к возникновению внезапных побуждений и влечений, которым больные обычно полностью подчиняются. К таким внезапно возникающим влечениям относятся бесцельное блуждание (дромомания), поджоги (пиромания), бесцельное хищение определенных ненужных предметов (клептомания), а также сексуальные

извращения. Нарушение влечений и побуждений часто обусловлено микросоциальными влияниями. Страдающие импульсивной психопатией удовлетворяют свои влечения и побуждения скрыто, понимая их недопустимость.

Тормозимые психопатии характеризуются такими облигатными проявлениями, как пониженная активность, недостаточная общительность, неудовлетворенность больных реальной жизнью и собой; факультативные признаки: ипохондричность, депрессивность, затруднение реакций выбора. К тормозимым психопатиям относятся астенические, психастенические и шизоидные (патологически замкнутые). При астенической психопатии чрезмерная возбудимость и раздражительность сочетаются с истощаемостью, утомляемостью, неуверенностью, слабостью сосредоточения, опасениями переутомиться, заболеть, не справиться с порученным делом. При пониженной самооценке больные легко ранимы, самолюбивы, тягостятся переменой обстановки, страдают нарушениями сна. Больные психастенической психопатией отличаются тревожной мнительностью, робостью, застенчивостью, нерешительностью, склонностью к сомнениям, самоупрекам, самоанализу, тревогам, образованию навязчивых состояний — фобий, мыслей, действий. Шизоидные психопаты замкнуты, равнодушны к реальным жизненным ценностям, склонны к отвлеченным, абстрактным суждениям, интравертированности с уходом в мир мечтаний и парадоксальных представлений; полярность тенденций в поступках и действиях может проявиться в сочетании холодной жестокости и повышенной чувствительности. Чаще отмечается резонерство, причудливость поведения (чужаковатость), недоверчивость, подозрительность, эгоцентризм и бездеятельность, сменяющаяся оригинальным творчеством.

Неустойчивые психопатии (эмотивно-лабильные, реактивно-лабильные) представляют собой что-то среднее между возбудимыми и тормозимыми: больные отличаются слабохарактерностью, легко поддаются под влияние антисоциально направленных личностей, не имеют привязанностей и определенных интересов, легко меняют свои убеждения и желания, часто обнаруживают влечение к алкоголю и наркотикам.

Истероидная психопатия характеризуется поверхностностью, незрелостью суждений, повышенной внушаемостью, эмоциональной возбудимостью, жадой признания, значительности, оригинальности, демонстративностью поведения, лживостью, склонностью к фантазированию, в том числе в форме самооговоров; выражены вазомоторные и вегетативные реакции, обмороки, демонстративные суицидальные тенденции с нанесением самоповреждений, глотанием инородных предметов и т. п.

Мозаичные психопатии — группа психопатий, при которых облигатный синдром отсутствует и имеются лишь факультативные признаки в различных сочетаниях.

Динамика психопатий. Отмечаются сдвиги — «психопатические циклы» (О. В. Кербиков, 1962): психопатическая личность создает конфликтную ситуацию, на эту ситуацию развивается психогенная (психопатическая) реакция, после прекращения конфликта психопатические свойства усиливаются. Возможна смена ведущего синдрома, обычно в сторону эксплозивности. Динамика психопатии непрогрессивна и обычно имеет возрастные особенности (углубление психопатических свойств в молодом возрасте и сглаживание в пожи-

лом). Выявляется три типа временных динамических сдвигов и два типа развития психопатических личностей. К временным сдвигам относятся реакции, декомпенсации и фазы.

Психопатические реакции развиваются в ответ на психогению, обычно комплексную, постепенно нарастающую. Однако возможны и острые психопатические состояния, представляющие собой психогенные обострения психопатических свойств, до этого нерезко выраженных. После исчезновения ситуации, вызвавшей реакцию, страдающий психопатией возвращается к прежнему уровню. Для психопатических реакций характерно резкое начало и конец, чрезмерная выраженность при незначительном поводе. Иногда может наблюдаться смещение аффекта — «реакция мимо». В большинстве случаев реакция затрагивает облигатные симптомы, но может быть связана и с факультативными и тогда кажется неожиданной, контрастной. Возможны и временные характерологические сдвиги в виде реакций протеста, имитации, оппозиции, возмущения.

Декомпенсация психопатии — временное ослабление приспособительных возможностей психопатической личности под влиянием психогенных и соматогенных вредностей, нарушение вторично развившихся компенсаторных черт характера, при котором обнажаются все свойственные больному особенности, резко нарушается приспособление к условиям жизни.

Психопатические фазы — непрогредиентные психотические приступы, возникающие спонтанно в форме протрагированных аффективных спадов и подъемов, достигающих психотического уровня; обычно наблюдается при циклоидных, психастенических, шизоидных и эпилептоидных психопатиях. Конституциональное психопатическое развитие — постепенное формирование под влиянием психогении бредового симптомокомплекса — паранойяльного развития, чаще сутяжного и ревности; характерны социальные и бытовые мотивы, жизненность и конкретность содержания, правдоподобность, монотематичность, расширение фабулы. Имеется осевая сверхценная бредовая идея, которой подчинены другие идеи; признаки распада личности отсутствуют.

Ситуационное психопатическое развитие — следствие перенесенного реактивного состояния невротического или психотического характера, чаще повторных психогенных реакций. Возникают новые характерологические свойства («патохарактерологическое развитие»), обычно отражающие содержание психогении.

Диагностика. Границы психопатий нечетки, их трудно отличать от разнообразных нормальных вариантов характеров, отдельные свойства которых могут напоминать психопатические («акцентуированные личности»). Однако не исключено, что «акцентуированные личности» в дальнейшем могут стать психопатами. Трудно отграничить психопатию от педагогической и социальной запущенности («социопатии»), когда вследствие определенных микросоциальных условий у психически неустойчивых лиц появляются примитивные влечения, беспорядочные сексуальные связи, беспечность, тунеядство. В отличие от психопатий при благоприятном изменении условий описанные особенности поведения поддаются коррекции и исчезают. Неправоммерно отнесение к психопатиям психического инфантилизма, при котором имеет место не дисгармония эмоционально-волевых проявлений, а их незрелость при гармоничности, а также психопатоподобного поведения вследствие органических поражений большого

мозга. Отграничение психопатий от психопатоподобных типов течения шизофрении проводится на основании обнаружения основных шизофренических признаков.

Лечение и профилактика психопатий прежде всего направлены на стимуляцию механизмов компенсации. Важное значение имеет оздоровление микросоциальной среды, в которой находится психопатическая личность, урегулирование бытовых, семейных и служебных неурядиц, выработка правильных установок с учетом интересов и стремлений личности, подкрепление тех ее свойств, которым можно придать положительную социальную ориентацию. Психопатические свойства личности не поддаются медикаментозному лечению. Его применяют лишь во время динамических сдвигов. При возбуждении, гневе, раздражительности показаны нейролептики — аминазин, пропазин по 0,05—0,1 г в сутки, неуптил по 0,001—0,002 г в сутки, при эмоциональном напряжении, аффективной неуравновешенности — транквилизаторы (хлордиазепоксид, диазепам по 0,005—0,01 г в сутки). При выраженных дистимических и аномических проявлениях — антидепрессанты (амитриптилин по 0,05—0,1 г в сутки или тизерцин в тех же дозах). При астенических психопатиях психотропные средства назначать не рекомендуется. В остальных случаях лечение психотропными средствами способствует большей восприимчивости к психотерапевтическим, социально-психологическим и педагогическим воздействиям.

Глава 18

УРГЕНТНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Ургентная помощь наряду с медикаментозной терапией включает мероприятия по обеспечению безопасности больного и окружающих. При выборе методов лечения необходимо учитывать особенности клиники психического заболевания, его этап (дебют, рецидив, обострение хронического заболевания) и индивидуальные особенности пациента.

Необходимость срочной госпитализации в психиатрическое учреждение определяется участковым врачом-психиатром. Однако нередко первую врачебную помощь психически больному приходится оказывать врачу общемедицинской сети; в этих случаях он должен обеспечить безопасность больного и окружающих, купировать психомоторное возбуждение или аффективную напряженность. С предосторожностями, исключающими возможность самоповреждений и агрессии, больного доставляют в психиатрический стационар. При осмотре больного врачом скорой помощи или врачом специализированной психиатрической бригады (СПБ) («Временное положение о психиатрической врачебной бригаде скорой медицинской помощи», утвержденное приказом МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г.) могут возникнуть трудности, обусловленные отсутствием не только субъективного, но и объективного анамнеза, агрессивными действиями больного, неблагоприятными условиями для проведения осмотра и т. п.

Врач скорой медицинской помощи решает следующие вопросы: обусловлено ли поведение пациента психическим заболеванием и в какой мере оно создает угрозу для здоровья и жизни больного и

окружающих; какие лекарственные средства следует применить; нуждается ли больной в неотложной госпитализации в психиатрический стационар; способ транспортировки больного.

Оказание urgentной помощи на месте осмотра психически больного предусматривает применение успокаивающих лекарственных средств для предотвращения внезапного психомоторного возбуждения. Если в срочной госпитализации нет необходимости, врач должен указать в медицинской документации, какие лечебно-диагностические мероприятия следует провести. Родственники больного получают информацию о назначениях, в которых нуждается больной, особенностях ухода и наблюдения за ним, а также куда им следует обратиться.

Вместе с тем не следует передоверять осуществление срочной госпитализации больного его родственникам, давать им на руки направление на неотложную госпитализацию, поскольку они могут поддаться уговорам больного не госпитализировать его, а также не смогут обеспечить безопасность его и окружающих лиц во время транспортировки. При отсутствии врача-психиатра госпитализация в психиатрический стационар должна осуществляться участковым невропатологом, терапевтом или врачом другой специальности. Если больной направлен в стационар без ведома родственников, следует незамедлительно поставить их в известность.

Клинические критерии оценки острых психотических состояний, требующих неотложной госпитализации.

Делириозное состояние может возникнуть под влиянием токсико-инфекционных причин, как правило, в вечерне-ночное время; характеризуется зрительными, чаще устрашающими, галлюцинациями, которые могут сочетаться со слуховыми и тактильными, двигательным возбуждением, при котором больные, испытывая страх, пытаются убежать, спастись или спрятаться от мнимых нападающих людей и животных, совершают агрессивно-разрушительные действия, источником которых могут быть также бредовые идеи. Если делирий сочетается с выраженной сомато-неврологической патологией, рационально поместить больного в специализированное сомато-психиатрическое отделение, а при отсутствии такового — в специализированное соматическое или неврологическое отделение с обеспечением психиатрического поста. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно либо 0,005—0,015 г галоперидола внутримышечно; трифтазин (стелазин) по 0,01—0,015 г внутримышечно; одновременно сердечные средства — 1 мл кордиамина внутримышечно, 1—2 мл 10—20% раствора камфоры подкожно; при резко выраженном психомоторном возбуждении аминазин или галоперидол можно ввести (медленно!) внутривенно в тех же дозах вместе с глюкозой. В этих случаях показано и внутривенное введение 0,05 г левомепромазина (тизерцина) с 15—20 мл 40% раствора глюкозы, 2—3 мл 1% раствора димедрола внутримышечно с 2 мл кордиамина подкожно, дезинтоксикационные средства — 5 мл 5% раствора унитиола внутривенно, 10 мл 30% раствора натрия тиосульфата внутривенно, 10 мл 25% раствора магния сульфата внутримышечно. При продолжающемся психомоторном возбуждении прибегают дополнительно к введению 0,01—0,02 г диазепама (седуксена) внутримышечно либо внутривенно (медленно!). При делириях инфекционного генеза показаны антибиотики и сульфамиды. Во всех случаях необходима витаминоте-

рапия: витамины группы В и РР до 0,04 г в день, аскорбиновая кислота до 0,15 г в день.

Аментивное состояние развивается вследствие сочетанного действия ряда физических факторов, среди которых главную роль играют инфекционно-токсические. Аменция характеризуется полной дезориентировкой, психомоторное возбуждение протекает более длительно, «просветы» в сознании отсутствуют, возможны кататонические симптомы; ухудшает прогноз более низкая реактивность. Необходимо специализированное соматическое лечение. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина с 3 мл 1% раствора димедрола и 3 мл кордиамина подкожно; если возбуждение не купируется или нарастает, добавляют 0,01—0,02 г диазепама (седуксена) внутримышечно (через час можно повторно ввести внутривенно 0,04—0,06 г на 200 мл гипертонического раствора натрия хлорида капельно — 45—60 капель в 1 мин); 10 мл 25% раствора магния сульфата внутримышечно. При снижении сердечно-сосудистой деятельности подкожно вводят 1 мл 20% раствора кофеина и 1—2 мл кордиамина, 40% раствор глюкозы с 10 мл 40% раствора уротропина, внутривенно 5 мл 5% раствора унитиола и 10 мл 30% раствора натрия тиосульфата.

При онейроидном состоянии наблюдаются сноподобно-фантастические зрительные галлюцинации. Поведение больных внешне сравнительно упорядочено. Если при делириозном состоянии больной является как бы участником «галлюцинаторных событий», то в онейроидном состоянии галлюцинаторные картины он «наблюдает со стороны», находится в «позиции зрителя». Больных с онейроидными состояниями помещают в психиатрический стационар. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно либо 0,005—0,01 галоперидола внутримышечно.

Сумеречное состояние чаще и в наиболее типичной форме наблюдается при эпилепсии, а также при различных органических поражениях головного мозга; иногда возникает психогенным путем (либо при сочетании обоих факторов — органического и психогенного). Кроме типичного варианта в виде эпилептиформного и бредового подвидов к сумеречным расстройствам сознания относятся и некоторые непродуктивные формы психомоторного возбуждения, протекающего с изменениями сознания: амбулаторный автоматизм, фуга, транс, сомнамбулизм, «особые состояния», сопровождающиеся злобой и страхом (но без бреда и галлюцинаций), патологический аффект, патологическое опьянение, относящиеся в судебно-психиатрической практике к исключительным состояниям, реакции «короткого замыкания», просоночные состояния (см. Главу 15). При сумеречном состоянии больного необходимо госпитализировать в психиатрический стационар. Назначают 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно либо 2—3 мл 0,01—0,015 г галоперидола внутримышечно (при резко выраженном психомоторном возбуждении галоперидол в той же дозе можно ввести внутривенно), 0,05 г тизерцина с 15—20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, 0,01—0,02 диазепама либо седуксена внутривенно (медленно!). Если возбуждение уменьшилось, седуксен в той же дозе можно ввести внутримышечно. Можно прибегнуть к введению в клизму 30 мл 2% раствора мегинала или 15 мл 6% раствора хлоралгидрата. Целесообразно ввести внутримышечно 10 мл 25% раствора магния сульфата.

Психомоторное возбуждение, вызванное галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, может выражаться в агрессивных действиях по отношению к лицам, вовлеченным в круг этих переживаний. «Защищаясь» и «спасаясь», больные могут совершать опасные действия, вплоть до гомоцидных либо суицидных актов с целью избежать ожидаемых мучений. Такие больные должны быть госпитализированы в психиатрический стационар. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно либо 0,01—0,015 г галоперидола внутримышечно; если возбуждение не купируется, можно добавочно ввести 0,01—0,02 г диазепама (седуксена) внутримышечно, а через 1 ч — 0,04—0,06 г диазепама (седуксена) на 200 мл гипертонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно (40—60 капель в 1 мин).

Кататоническое возбуждение наблюдается при шизофрении, характеризуется стереотипными и бессмысленно-вычурными движениями, ограниченными в пространстве (обычно пределами постели), иногда отражающими галлюцинаторно-бредовые переживания. Возможны импульсивные действия, во время которых больной внезапно совершает агрессивный акт по отношению к близко к нему находящимся людям либо наносит самоповреждение, нередко тяжелое. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно, 0,01—0,05 г диазепама (седуксена) внутривенно или внутримышечно; при непереносимости нейролептиков — 5 мл 10% раствора барбитала внутримышечно или 5 мл 10% раствора медиала внутримышечно.

Гебефреническое возбуждение лечится так же, как и кататоническое возбуждение.

При маниакальном возбуждении назначают: 3—6 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно в сутки.

Депрессивное (меланхолическое) возбуждение — меланхолическое неистовство, ажитированная меланхолия. Больные могут представлять опасность не только для себя, но и для близких, на жизнь которых иногда покушаются ради «спасения от предстоящих мучений». Назначают: 6—8 мг 1% раствора амитриптилина (триптизола) внутримышечно, 0,01—0,015 г галоперидола внутримышечно (а при выраженном возбуждении внутривенно), 2—3 мл 2,5% раствора хлорпромазина внутримышечно, 2—3 мл 2,5% раствора левомепромазина (тизерцина).

Психомоторное возбуждение у больных психопатиями, олигофренией и с резидуальной церебрально-органической психической патологией (органический психосиндром), как правило, возникает в результате психогенно-травматических ситуаций. Возбуждение выражается в злобном отношении к «обидчикам» и разрушительных действиях. Наиболее часто возбуждение протекает при аффективно суженном сознании. Назначают: 2—3 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно либо 0,01—0,015 г галоперидола внутримышечно, 0,05 г левомепромазина (тизерцина) с 15—20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно (медленно!) или 10—20 мл диазепама (седуксена) внутримышечно, при непереносимости нейролептических средств вводят 5 мл 10% раствора барбитала внутримышечно или 5 мл 10% раствора медиала.

Ургентная терапия осложнений (побочных действий) и отравлений психотропными препара-

там и. Наблюдаются соматические, неврологические и психопатологические осложнения. К соматическим осложнениям относятся: дерматит, гепатит, сердечно-сосудистые и эндокринные расстройства, болезни крови. Неврологические осложнения — экстрапирамидные расстройства, протекающие пароксизмально, остро, подостро и длительно. Клинические формы пароксизмальных экстрапирамидных кризов: торсионный спазм, синдром Куленкампа—Тарнова, окулогирический криз, тортиколиз, вегетативный криз. Остро возникающие экстрапирамидные расстройства проявляются в форме акатизии, тасикинезии, акинетико-гипертонических явлений с выраженными вегетативными нарушениями. Подостро развивающиеся экстрапирамидные расстройства могут протекать в форме акинетических, гиперкинетических, гипер- и гипотонических нарушений с разнообразными клиническими проявлениями. Затяжные экстрапирамидные расстройства характеризуются акинетико-ригидными явлениями с гиперкинезами. Возникновение и степень выраженности экстрапирамидных расстройств обусловлены церебрально-органической недостаточностью у больных, которым назначаются нейролептические средства. Психопатологические осложнения: нарушения сознания по типу делирия или сумеречного состояния, аффективные расстройства (тревога и страх), депрессивное и дисфорическое состояния, психомоторное возбуждение маниакальноподобного или гебефренно-кататонического типа, нарушения сна. Прием психотропных препаратов может привести к образованию атипичной симптоматики психоза, а также к обострению психотических расстройств.

Нейролептические препараты во внебольничных условиях иногда больные употребляют с суицидальной целью. При отравлениях легкой и средней степени наблюдаются описанные выше соматоневрологические и психические расстройства. При тяжелой интоксикации быстро нарастает состояние оглушения (сомноленции) переходящее в сопор, а затем и в кому. Назначают: промывание желудка с последующим вливанием 200 мл раствора солевого слабительного с взвесью активированного угля (для промывания можно использовать зонд, вводя его через нос), опорожнение кишечника клизмами, 1—2 мл новурита или 0,04—0,08 г фуросемида (лазикса) внутримышечно, кровопускание (400—500 мл) с заместительным введением плазмы или ее заменителей — полиглобулина, аминокислот, гидролизина. При задержке мочи показаны катетеризация, согревание тела грелками.

При расстройстве дыхания и гипоксии: вдыхание кислорода через носовой катетер, в тяжелых случаях — интубация с искусственным либо управляемым дыханием; при коллапсе — 2—3 л гипертонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно с 4—8 мл 0,2% раствора мезатона; подкожно 2 мл 20% раствора камфоры и 2 мл 20% раствора кофеина; 0,015—0,125 г гидрокортизона или 0,025—0,03 г преднизолона внутривенно капельно. От введения кордиамина целесообразно воздержаться, так как в этих случаях это может привести к ухудшению состояния; при экстрасистолии — 3—5 мл 10% раствора новокаинамида внутривенно медленно под контролем артериального давления. При острой сердечно-сосудистой недостаточности кроме перечисленных сердечных средств вводятся сердечные гликозиды: 0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина внутривенно медленно или 1 мл 0,06% раствора коргликона с 20 мл 40% раствора глюкозы. В связи с тем что фенотиазиновые препара-

ты оказывают альфа-адренергическое блокирующее действие, вводить адреналин не следует.

При паралитической непроходимости кишечника: 20 мл 10% раствора натрия хлорида внутривенно и 1 мл 1% раствора стрихнина (или 1 мл 0,05% раствора прозерина) подкожно.

При отравлении пиперидиновыми (меллерил, неулептил) и пиперазиновыми (трифтазин, этаперазин, мажептил, лиоген) производными фенотиазина лечение коллапса, расстройств дыхания и функции пищевого канала, такое же, как описано выше. Характерно небольшое повышение температуры, артериальное давление снижается не столь выражено. Развивается сопорозное, а затем коматозное состояние, экстрапирамидные и вегетативные явления, почечная недостаточность, нарушается дыхание. Назначают: 0,005—0,01 г норакина внутримышечно и 2 мл 2,5% дипразина (пипольфена), 2 мл 20% раствора кофеина подкожно; после выведения из сопорозного (коматозного) состояния при выраженных экстрапирамидных расстройствах — циклодол 0,006—0,008 г внутрь либо динезин 0,1—0,2 г, фторацизин 0,05—0,1 г в сутки внутримышечно, затем повторно 1 мл 20% раствора кофеина подкожно и 2 мл 2,5% раствора дипразина (пипольфена) внутримышечно, а также 2 мл 1% раствора димедрола внутримышечно, 10 мл 25% раствора магния сульфата и 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно с 5—10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; 1 мл 3% раствора пиридоксина внутримышечно или внутрь, кальция пантотената 0,1—0,2 г, кальция пангамата 0,05—0,1 г и люминал по 0,1 г до 3 раз в день.

При отравлении производными бутирофенона (галоперидол, триседил) экстрапирамидные расстройства лечат так же, как при отравлении фенотиазиновыми препаратами. Если отравление не сопровождалось снижением артериального давления, можно ввести 2—3 мл 2,5% раствора левомепромазина (тизерцина) внутримышечно или 2 мл раствора аминазина.

При отравлении алкалоидами раувольфии (резерпин) лечение такое же, как при отравлениях фенотиазиновыми препаратами. Дополнительно назначают 1 мл 2% раствора арпенала внутримышечно или 2 мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата подкожно.

При отравлении антидепрессантами из группы трициклических производных (мелипрамин, амитриптилин, имипрамин) лечение такое же, как при отравлении фенотиазиновыми и бутирофеноновыми препаратами. При возбуждении и судорожных явлениях дополнительно вводят хлорагидрат в клизме — 1—1,5 г на 30 мл теплой воды, 10 мл 25% раствора магния сульфата внутримышечно, 2 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно. Можно прибегнуть к медленному внутривенному введению 5 мл 5% раствора этаминала натрия. Особенностью коматозных состояний при отравлениях препаратами данной группы является их «мерцающий» характер. Лечение начинают с промывания желудка, затем вводят слабительные и активированный уголь. Из дыхательных путей отсасывают слизь. При экстрасистолии или мерцательной аритмии под контролем артериального давления медленно внутривенно вводят 5 мл 10% раствора новокаинамида; при пароксизме мерцательной аритмии можно также внутривенно ввести 0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина К в 20 мл 40% глюкозы

(медленно), при нарушениях ритма сердечной деятельности — 2—3 мл 0,1% раствора анаприлина внутривенно, 10—20 мл панангина в 20 мл 40% глюкозы медленно. Указанные препараты следует давать под строгим контролем АД и ЭКГ.

При отравлении антидепрессантами — ингибиторами МАО (трансамин, индопан, ипразид, нуред, фенелзин) как вследствие передозировки, так и комбинации с несовместимыми препаратами (трициклическими антидепрессантами, симпатомиметиками, дыхательными аналептиками), некоторыми пищевыми продуктами (сыр, сливки, бобовые, сельдь, пиво и др.) лечение начинают с промывания желудка (особенно тяжело протекают явления несовместимости ингибиторов МАО с другими веществами). При коллаптоидных состояниях ни в коем случае нельзя применять симпатомиметические препараты (адреналин, норадреналин, эфедрин, мезатон). Внутривенно капельно вводят до 2 л гипертонического раствора натрия хлорида либо до 2 л 5% раствора глюкозы, 0,1—0,125 г гидрокортизона или 0,02—0,03 г преднизолона. При несовместимости показаны сосудорасширяющие средства: внутримышечно 1 мл 24% раствора эуфиллина или 2—4 мл 1% раствора тропифена. Целесообразно назначить аминазин (до 0,2 г) или тизерцин (до 0,075 г). При тяжелом отравлении с большой осторожностью под контролем артериального давления можно прибегнуть к введению ганглиоблокаторов: 1—2 мл 5% раствора пентамина внутримышечно или 1 мл 2% раствора нанофина подкожно. Лобелин, цититон и другие дыхательные аналептики вводить нельзя. При расстройствах дыхания — вдыхание карбогена (смесь 95% кислорода с 5% углекислого газа) через маску или носовой катетер. При судорогах и экстрапиримидных нарушениях внутривенно медленно вводят 10—20 мл 20—25% раствора магния сульфата, хлоралгидрат в клизме (1—1,5 г на 30 мл теплой воды), 2 мл (0,1 г) диазепама (седуксена) 0,5% раствора в 20 мл 40% раствора глюкозы.

При отравлении транквилизаторами (мепробамат, триоксазин, элениум, седуксен и др.) общие мероприятия те же, что при нарушении дыхания и кровообращения, отравлениях иными нейролептиками. Назначают: фуросемид (лазикс) до 8—10 мл внутривенно для увеличения диуреза до 5—6 л в сутки, 100—200 мл 5% раствора натрия гидрокарбоната внутривенно капельно, каждый час 20 мл 20% раствора маннитола. При отравлениях, вызванных хлордиазепоксидом (элениумом) и диазепамом (седуксеном), — 1 мл 0,1% раствора стрихнина подкожно 4—5 раз в день, 5 мл 5% раствора унитиола внутривенно, гипертонический раствор глюкозы внутривенно капельно.

Лечение соматических осложнений (гепатита, болезней крови, сердечно-сосудистых расстройств, дерматитов). Проводится комплексная терапия с применением дезинтоксикационных и десенсибилизирующих средств: 5 мл 5% раствора унитиола внутривенно, 10 мл 30% раствора натрия тиосульфата внутривенно, 10 мл 25% раствора магния сульфата внутривенно, 20 мл 40% раствора глюкозы с 5—10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно, 2 мл 1% раствора димедрола внутримышечно, 2 мл 2,5% раствора дипразина (пипольфена) внутримышечно, супрастин по 1 таблетке 3 раза в день, тавегил по 1 таблетке 3 раза в день, 5—10 мл 10% раствора кальция глюконата внутримышечно или внутривенно. Лечение экстрапиримидного син-

дрома: антипаркинсонические корректоры — циклодол, начиная 1 мг утром и днем, при необходимости до 0,006—0,008 г в день, артан — до 0,005 г в день, фторацизин 0,05—0,1 г в день внутримышечно, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия, как при соматических осложнениях. При дискинезиях вследствие применения производных пиперазина и бутирофенона дополнительно вводят 2 мл 20% раствора кофеина подкожно, 2 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно. При вегетативных нарушениях целесообразно ввести внутривенно медленно 0,01—0,02 г диазепама (седуксена) в 20 мл 40% раствора глюкозы. При осложнениях в форме нарушения психической деятельности, кроме дезинтоксикационных и десенсибилизирующих средств используются те же виды лечения, что и при состояниях расстроенного сознания и психомоторного возбуждения. При этом для купирования возбуждения, естественно, не применяют препарат той группы, к которой относится препарат, вызвавший осложнения. Вводят препараты барбитуровой кислоты: до 10 мл 10% раствора мединала, до 5 мл 10% раствора барбамила (амитал-натрий). В отдельных случаях можно ввести внутривенно медленно 10 мл 5% раствора барбамила (амитал-натрий). При появлении признаков побочных действий препарат можно не отменять, а снизить его дозу.

Купирование эпилептического статуса. К больному с эпилептическим статусом направляется специализированная бригада скорой помощи. Прежде всего необходимо очистить от пищи, инородных предметов, рвотных масс ротовую полость. Вводится воздуховод, через который при помощи электроотсоса из верхних дыхательных путей удаляются аспирированные вещества; ставится постоянный катетер.

Вводят 10 мл 25% магния сульфата внутримышечно, через 30 мин — в клизме (после очистительной клизмы) 20 мл 6% раствора хлоралгидрата с 0,5 г мединала, растворенного в 20 мл дистиллированной воды, и 6—8 каплями настойки строфанта; через 1 ч внутривенно медленно (в течение 2—3 мин) 10 мл 10% раствора кальция глюконата; при отсутствии положительного эффекта спустя 1 ч медленно внутривенно 10 мл 5% раствора барбамила (не ранее, чем через 2 ч после хлоралгидрата); показано также медленное внутривенное введение 0,01 г диазепама (седуксена) на 20 мл 40% глюкозы. При недостаточном эффекте указанные препараты можно ввести повторно в той же дозе и тем же способом. Применяются сердечные средства: 1—2 мл кордиамин внутримышечно либо 1 мл 10% раствора кофеин-бензоата натрия подкожно (камфору не вводить!). При продолжающихся судорогах следует медленно внутривенно ввести 50—60 мл 1% тиопентала натрия или гексенала, а если припадки все же сняты не удается, следует перейти к ингаляционному наркозу закисью азота с кислородом (2:1). Можно прибегнуть к внутривенному введению 2 мл 2,5% раствора аминазина с 15 мл 40% раствора глюкозы и 1 мл кордиамин. Указанные препараты через 1,5 ч можно ввести повторно (при введении аминазина следует опасаться резкого понижения артериального давления, поэтому его вводят под строгим контролем артериального давления). Наряду с указанными препаратами проводится симптоматическое лечение: для снижения артериального давления при гипертонических кризах — 3—5 мл 0,5% раствора дибазола внутривенно либо 5—8 мл 25% раствора магния сульфата с 12—15 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10%

раствора кальция хлорида внутривенно. При гипертонических кризах также показана венепункция с извлечением 100—150 мл крови. При отравлениях применяются соответствующие антидоты, а также 5—10 мл 0,5% раствора унитиола либо 10 мл 10% раствора натрия тиосульфата внутривенно. С дегидратационной целью показано внутримышечное введение 1 мл диакарба (фонурита) в ампулах. При отсутствии выраженного эффекта больного направляют в реанимационно-анестезиологическое отделение.

При нарушении дыхания ингаляционно вводят смесь кислорода с углекислотой и подкожно 1—2 мл лобелина (хлоралгидрат как угнетающий дыхательный центр давать не следует!). При отсутствии эффекта показаны люмбальная пункция с извлечением 15 мл ликвора и введение мышечных релаксантов (α -тубокурарин), аппаратное дыхание, трахеостомия. В отдельных случаях проводится локальная гипотермия мозга.

Глава 19

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ РАБОТА ПСИХИАТРА В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Консультанту-психиатру в соматическом стационаре приходится наблюдать различные психопатологические симптомы и синдромы, — не только психические нарушения, обусловленные соматической патологией, то есть соматогенные психозы, но и психопатологию, послужившую причиной помещения больного в терапевтическое или хирургическое отделение, например, ипохондрический синдром, суицидальную попытку, вследствие которой больной в порядке неотложной помощи был госпитализирован в соматическую больницу.

Вопрос о необходимости перевода больного в психиатрическую больницу или об организации надзора на месте решается с учетом: характера и тяжести соматического заболевания, транспортабельности больного, необходимости специального лечения в соматическом стационаре. При инфекционных психозах учитывается, есть ли необходимость перевести больного в инфекционное отделение психиатрической больницы. При обнаружении психоза у больного, находящегося на лечении в противотуберкулезном стационаре, учитывается возможность содержания его в обычном психиатрическом отделении, если в психиатрической больнице нет специализированного отделения для больных, страдающих туберкулезом.

Важное диагностическое значение имеет: а) соотношение возникновения психических расстройств с определенной стадией соматического заболевания; так, возникновение делириозного состояния до того, как развилась клиническая картина инфекции, в ее инкубационный период («инициальный» делирий), характерно для брюшного тифа; б) дополнительные анамнестические данные (наследственная отягощенность психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности, наличие в прошлом черепно-мозговых травм и нейроинфекционных заболеваний, отношение больного к алкогольным напиткам, возможность воздействия на него в быту или на работе токсических веществ — ртути, тетраэтилсвинца, пестицидов и т. п.).

Для организации надзора за больным в соматических больницах создаются специальные психиатрические отделения или палаты. Та-

кие отделения комплектуются персоналом по штатному расписанию психиатрических больниц. В отделении сохраняется преемственность лечения соматического заболевания, а рациональная медикаментозная терапия сочетается с психотерапией.

Ниже приводятся данные о наиболее часто встречающихся в соматическом стационаре психических заболеваниях.

Ипохондрические состояния характеризуются переживанием мнимого заболевания. Синдромологически и нозологически они оцениваются различно — от сверхценных идей до преходящих или стойких бредовых переживаний. Ипохондрические состояния часто сочетаются с сенестопатиями — расстройствами самоощущения, часто весьма тягостными; больные, как правило, затрудняются рассказать о своих ощущениях в связи с их необычностью, множественной локализацией; сенестопатии нередко обнаруживаются в начальной стадии заболевания и преобладают в клинической картине. Ипохондрические состояния нередко являются невротической реакцией на сам факт заболевания; чаще возникают у лиц тревожно-мнительных или с истерическими чертами характера. Патогенную роль могут играть явления ятрогении, в том числе в результате чтения медицинской и научно-популярной литературы. При ипохондрически-невротических реакциях проводится психотерапия и медикаментозное лечение (бромиды, транквилизаторы, чай из валерианы). Часто ипохондрическое состояние не связано с соматическими расстройствами. Например, при ипохондрической форме шизофрении, особенно в начальной ее стадии, а также при ипохондрическом развитии больные могут обращаться к различным специалистам, предъявляя внешне убедительные жалобы, на основании которых их иногда помещают в соответствующий соматический стационар. Однако проводимые там мероприятия не влияют на психопатологическую сущность заболевания. Поэтому такие больные могут представлять опасность для себя и окружающих, особенно медицинских работников, которые, по представлениям больных, не оказывают им необходимой помощи. Лечение таких больных следует проводить только в психиатрическом стационаре.

В пожилом возрасте часто возникает **ипохондрическая депрессия**, которая, как правило, отличается затяжным течением. При относительно легкой, циклотимической, депрессии больного можно перевести в психоневрологический диспансер, а при выраженной депрессии — в психиатрическую больницу, особенно в тех случаях, когда депрессия сочетается с бредовыми идеями типа нигилистического бреда (нередко с сопутствующими идеями громадности — бред Котара).

Ипохондрическая симптоматика может «маскировать» депрессию. Больные жалуются на усталость, общую слабость, плохой сон, разнообразные сенестопатические расстройства самоощущения. Лечение предполагаемого на основании этих жалоб соматического заболевания не приносит улучшения. Выявление нерезко выраженных циклотимических признаков является основанием для перевода в психиатрический стационар. При «маскированной» депрессии расстройства настроения обычно неглубоки, поэтому в отдельных случаях больной может продолжать лечение в терапевтическом или неврологическом отделении при условии обеспечения необходимого ухода и надзора.

Диагностика ипохондрических состояний возможна даже при обнаружении у больного объективных признаков соматической

патологии (стойкий субфебрилитет, изменения формулы крови, повышенная СОЭ и т. п.). Однако диагностировать ипохондрическое состояние в этих случаях можно только после углубленного терапевтического обследования при явном несоответствии данных объективного обследования жалобам больного, его позиции по отношению к болезни, при обнаружении других признаков психического расстройства.

У больных с поражениями большого мозга опухолевого или сосудистого генеза, с сердечно-сосудистой патологией наряду с анозогнозией (отрицанием, игнорированием болезненного состояния) могут обнаруживаться различные формы расстройств сознания или состояния эйфорического возбуждения. Таким больным назначают седативные средства, транквилизаторы, организуют индивидуальный пост. Эти больные нуждаются в тщательном исследовании и координации лечебных мероприятий с терапевтом и невропатологом.

У лиц психопатического склада в связи с заболеванием и госпитализацией в больницу возможны декомпенсации, проявления которых весьма разнообразны: ипохондрический «уход в болезнь», повышенная возбудимость, раздражительность, несоблюдение режима отделения, отказ от некоторых лечебных и диагностических процедур (инъекций, пункций). В таких случаях назначают психотерапию, седативные средства, транквилизаторы. Изредка в соматический стационар госпитализируются лица, предъявляющие неправдоподобные жалобы на заболевания органов брюшной полости, обмороки, припадки, кожные заболевания, параличи. Утрированно-драматическая манера изложения этих жалоб создает впечатление театральной инсценировки. Такие пациенты нуждаются в консультации психиатра. Анамнез таких больных содержит указания на психопатические особенности личности — бродяжничество, склонность к употреблению наркотических средств, пребывание ранее в психиатрических больницах, тюрьмах, самоповреждения. Психопатические личности, имитирующие какое-либо заболевание с целью избежания наказания или уклонения от призыва в армию, либо для получения наркотических средств, переводятся в психиатрическую больницу.

Суицидальные высказывания и поступки — показание для срочной консультации психиатра. Как правило, больные попадают в отделение неотложной помощи в связи с уже предпринятой суицидальной попыткой. Попытка самоубийства может быть внешне демонстративной: больной принимает заведомо малую дозу ядовитых веществ, наносит себе лезвием ножа или бритвы поверхностные царапины, организует свои действия так, чтобы их завершению помешали окружающие. Не следует, однако, недооценивать их опасность, так как иногда видимо нарочитая суицидальная попытка оказывается роковой. Опасность представляют также суицидальные попытки, совершенные в состоянии алкогольного опьянения. После оказания необходимой помощи такие больные в некоторых случаях могут быть выписаны под наблюдение участкового психиатра или нарколога с извещением о пребывании в соматическом стационаре, его причинах и характере оказанной помощи. При решении этого вопроса не следует ограничиваться беседой с больным ввиду возможной диссимуляции состояния; опрашиваются родственники, окружающие больного в соматическом стационаре, устанавливается наличие депрессивных или маниакальных фаз ранее, суицидальные высказы-

вания или действия в прошлом, патологическая наследственность, оценивается выраженность соматических признаков депрессии (триады Протопопова). Следует учитывать, что у больных шизофренией суицидальные тенденции не имеют психологически понятных мотивов; попытки очень упорны, часто являются неожиданностью для родственников и завершаются самоубийством. Больных с депрессивными состояниями любого генеза, как только позволит соматическое состояние, необходимо перевести в психиатрическую больницу. До перевода назначается надзор, индивидуальный пост. Суицидальная попытка может предприниматься больными в связи с особенностями субъективного переживания тяжело и длительно текущего соматического заболевания, например, в онкологической практике или при тяжелой почечной недостаточности. За такими больными устанавливается постоянный надзор, назначают анальгезирующие, седативные, снотворные средства, бромиды, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, проводят психотерапевтические беседы. Перевод в психиатрический стационар чаще всего нецелесообразен. Однако подобные суицидальные поступки возможны и при различных нозофобиях, в частности при канцерофобии. Такие больные подлежат лечению в психиатрических стационарах.

Симптоматические психозы развиваются вследствие заболеваний внутренних органов (соматогенные психозы в узком смысле). Однако могут наблюдаться также инфекционные, интоксикационные и травматические психозы. Различают: острые симптоматические психозы, протрагированные симптоматические психозы, органический психосиндром, являющийся исходом острых симптоматических психозов при неблагоприятном их течении.

В соматическом стационаре чаще наблюдаются острые симптоматические психозы, характеризующиеся синдромами нарушенного сознания (см. Главу 18), делириозные синдромы, аменция, оглушенность, реже — сумеречные состояния, иногда с эпилептиформным возбуждением. В некоторых случаях могут возникать острые экзогенные параноиды.

При делириозном синдроме следует дифференцировать алкогольный и соматогенный делирий. Алкогольный делирий в соматических стационарах чаще наблюдается после острого инфаркта миокарда, пневмонии, хирургических, даже относительно легких, операций. Таких больных в психиатрический стационар не переводят в связи с кратковременностью психотического состояния, купирующегося медикаментозными средствами (см. Главу 12). Назначается индивидуальный пост.

Психиатр не должен поспешно диагностировать алкогольный делирий, так как это сказывается на комплексе терапевтических мероприятий, не учитывающих соматической патологии, наносит моральный ущерб больному, а после его выздоровления отражается на его правовом положении (неоплачиваемая справка о лечении вместо больничного листа, взятие на наркологический учет). В клинической картине соматогенного делирия в ряде случаев проявляются специфические особенности экзогении, так, например, резким возбуждением характеризуется делирий после крупозной пневмонии. Начальный (инициальный) делирий при тифе предшествует подъему температуры; в период разрешения лихорадочного состояния возможен делирий коллапса. Соматогенный делирий отличается сравнительно затяжным течением и нередко свидетельствует о значительном

утяжелении состояния больного, особенно в тех случаях, когда наблюдаются картины «профессионального» делирия, при котором возбуждение протекает в виде автоматизированных профессиональных движений. Еще более неблагоприятным в прогностическом отношении является «мусситирующий» («бормочущий») делирий, который обычно возникает при тяжелых септических состояниях, декомпенсации жизненно важных органов, тяжелых заболеваниях внутренних органов. Характерны глубокое помрачение сознания, стереотипное двигательное возбуждение в пределах постели, тихая, бессвязная, напоминающая бормотание речь. «Мусситирующий» делирий при неблагоприятном течении может перейти в сопор или кому. Больных с соматогенным делирием переводить в психиатрический стационар не следует. Принципы лечения те же, что и при лечении алкогольного делирия, однако особое значение приобретает лечение основного заболевания.

Аментивные состояния сходны с «мусситирующим» делирием. Они характеризуются растерянностью и спутанностью, расстройством психического синтеза. Больные суетливо возбуждены в пределах постели. Состояния двигательного беспокойства чередуются с кратковременными состояниями оцепенения. После выхода из состояния аменции отмечается полная амнезия. Наиболее целесообразно лечение таких больных в соматическом стационаре с организацией индивидуального поста.

Состояния оглушения наблюдаются при опухолях головного мозга, остром нарушении мозгового кровообращения, острых инфекциях, тяжелых интоксикациях, после эпилептического припадка. Больные адинамичны, безучастны к окружающему, реакции их замедлены, речь тихая. Более легкая форма оглушения — обнубиляция — характеризуется частичной утратой ориентировки, «затуманиванием» сознания. При ухудшении общего состояния может наблюдаться переход в сопор или кому. Прогностически неблагоприятные признаки: рвота, непрекращающаяся головная боль, замедление пульса, ухудшение зрения. В зависимости от причин, вызвавших состояние оглушения, больные должны лечиться в нейрохирургическом, неврологическом, реанимационном отделениях либо в отделении неотложной терапии.

Соматогенные параноиды часто возникают остро и подостро. Обычно наблюдаются бредовые идеи воздействия, преследования. Характерна значительная аффективная насыщенность бредовых переживаний, тревога, страх, растерянность. Нередко острая экзогенная реакция начинается расстройством сознания, на фоне которого формируется параноидный синдром. В структуру параноидного синдрома включаются иллюзии, галлюцинации.

Больные с экзогенными параноидами при отсутствии противопоказаний к транспортировке переводятся в психиатрический стационар. Нетранспортабельные больные остаются в соматической больнице, возле них устанавливается индивидуальный пост. Терапия направлена на основное, соматическое, заболевание, назначаются дезинтоксикационные средства, для купирования возбуждения при расстройствах сознания — нейролептики, при депрессивно-параноидных состояниях — антидепрессанты с нейролептиками. Обязательно назначение снотворных и сердечных препаратов.

Психические нарушения при хронически протекающих соматических заболеваниях чаще всего

характеризуются
тено-депрессивными
ноподобными
протекающего
ной и галлюцина
ции соматическ
в психиатрич

Глава 20

ФИЗИОТЕРАПИЯ

Задачи физиотерапии
шей резистентности
ных нервных
устранение от
шения сна, ра
заболеваний.
вительном леч

Основные

процедур пред
к данному вид
ся в одно вре
ботником. Пл
формы физиот
учетом возраст
ния, психическ
чения. На пер
щеукрепляющ
каинный воро
саж воротник
лю, аэроиониз
процедуры ин
кислородные,
ды аэроингаль
этапе применя
личные вид
новый воротн
ками света. П
тонизирующей
(возбуждая в
седативное де
последствия ф
имное усилен
временном пр
тельности к
рительно рек
при соблюдени
исключением
вопрос о целесо
методику мож
лю определе
можность пов

характеризуются неврозоподобными синдромами — астеническим, астено-депрессивным, ипохондрическим. Иногда наблюдаются шизофреноподобные параноиды. При обнаружении психотического состояния, протекающего с выраженной депрессивной, депрессивно-параноидной и галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, и при отсутствии соматических противопоказаний больной может быть переведен в психиатрический стационар.

Глава 20

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Задачи физиотерапии при психических заболеваниях: повышение общей резистентности и реактивности организма, нормализация основных нервных процессов, функций вегетативной нервной системы, устранение отдельных симптомов заболевания (головной боли, нарушения сна, расстройств половой функции) лечение сопутствующих заболеваний. Физические методы играют важную роль в восстановительном лечении психически больных.

Основные принципы лечения. Назначению физиотерапевтических процедур предшествует психотерапевтическая подготовка пациента к данному виду лечения. Физиотерапевтические процедуры проводятся в одно время, в одинаковой обстановке, одним и тем же медработником. План лечения предусматривает индивидуализированные формы физиотерапии, их сочетание, последовательность и объем с учетом возраста, характера психического и сопутствующего заболевания, психического и общего состояния, этапа восстановительного лечения. На первом этапе обычно применяются успокаивающие и общеукрепляющие процедуры: анодный, бромистый, магниевый, новокаиновый воротники по Щербаку, при плохой переносимости — массаж воротниковой зоны, электросон, электрофорез брома по Вермелю, аэроионизация воротниковой зоны по Финогенову, водолечебные процедуры индифферентной температуры (пресные, соляно-хвойные, кислородные, азотные ванны), влажные укутывания, различные виды аэроингаляционной терапии и лечебной физкультуры. На втором этапе применяются методы общего тонизирующего воздействия: различные виды электросветолечения, катодный, кальциевый, эуфиллиновый воротники по Щербаку, облучения искусственными источниками света. При включении в физиотерапевтический комплекс средств тонизирующего воздействия учитывается двухфазность их действия (возбуждая в первой фазе, во второй фазе они нередко оказывают седативное действие). В процессе лечения учитываются возможные последствия физиотерапии, развитие бальнеологической реакции, взаимное усиление или торможение действия физпроцедур при их одновременном применении. Для уточнения методики лечения и чувствительности к физиотерапевтическим воздействиям больным предварительно рекомендуется проводить одну-две псевдопроцедуры, но при соблюдении всех условий методики предполагаемого лечения (за исключением электрического воздействия). После этого решается вопрос о целесообразности электролечения или его коррекции. Эту же методику можно использовать для изучения плацебо-эффекта с целью определения особенностей внушаемости пациента, что дает возможность повысить эффективность физиотерапии за счет усиления

ее психотерапевтического компонента. При назначении и проведении физиотерапии психически больным необходимо учитывать возможность неправильных, болезненных истолкований ими лечебных мероприятий и поведения персонала, отпускающего процедуры. Поэтому больным с продуктивной психопатологической симптоматикой, в том числе с нерезко выраженной, назначать физиотерапевтическое лечение не рекомендуется. Программа физиотерапевтического лечения разрабатывается совместно лечащим врачом и врачом-физиотерапевтом, исходя из клинической оценки этиопатогенеза и особенностей картины заболевания, с учетом места физиотерапевтических мероприятий в общей системе лечения.

Медицинская документация и правила направления на лечение. Основным документом является карточка назначений, в которой, кроме паспортной части, указываются основной и сопутствующий диагнозы, заболевание (или заболевания), для коррекции которого назначается лечение, возможность развития судорожных припадков, других состояний, сопровождающихся расстройством сознания, состояний психомоторного возбуждения, методика физиотерапии и допустимые дозы воздействия. Ведется учет отпущенных процедур, их переносимость, изменения состояния как во время лечения, так и после него, эффективность лечения.

Организация физиотерапии и меры безопасности в психиатрических учреждениях с учетом специфики состояния и поведения больных. В физиотерапевтических кабинетах, водолечебных залах не должно быть кабин и перегородок. Рабочее место медицинской сестры располагается так, чтобы она могла вести наблюдение за всеми больными одновременно, аппаратура должна быть вне досягаемости больных и изолируется защитными устройствами (ширмами-щитами, сетками). Подвижная часть электродов, как и сами электроды, закрепляются, для ручек управления устанавливаются фиксирующие упоры. На лампы электросветовой ванны, соллюкс и другую электросветовую аппаратуру надеваются защитные сетки, а на краны — съемные ручки. Вместо фиксирующих электроды головных повязок из бинтов применяются матерчатые с клеенчатой подкладкой электродержатели типа шлема (или «шапки-ушанки»). Для электросна выделяется палата-кабинет. Физиотерапевтические процедуры можно проводить не только в физиотерапевтическом кабинете, но и у постели больного с помощью портативной аппаратуры (физиотерапевтического «комбайна»).

Противопоказания для физиотерапевтического лечения: выраженные психотические расстройства, частые эпилептические припадки.

ПРИЛОЖЕ

В поликлини
больницы, д
города, обл
Адрес _____
Участковому

(н
ческая) боль
проживающ

А. «_____»
отказано в

Б. «_____»
веден (нужн

Выписан сам

Врач (дежу

Зав. отдел

Извещение

Передал: _____

Примеча

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 (штамп-клише)

Извещение (письмом, телефограммой — нужное подчеркнуть)

В поликлинику № _____ района _____

больницы, диспансера _____

города, области _____

Адрес _____ телефон _____

Участковому врачу-психиатру (Ф. И. О.) _____

_____ психиатрическая (психоневрологи-
(название учреждения)

ческая) больница сообщает, что больной (Ф. И. О.) _____

проживающий по адресу: _____

А. « _____ » _____ 198 _____ г. в больницу поступил, не поступил,

отказано в поступлении в связи (нужное подчеркнуть) _____

Б. « _____ » _____ 198 _____ г. из больницы будет выписан, пере-

веден (нужное подчеркнуть) _____

(наименование учреждения)

Выписан самостоятельно, на попечение родственника (опекуна) (Ф. И. О.) _____

_____ с больничным листком по « _____ »

_____ 198 _____ г.

Врач (дежурный, лечащий) _____

Зав. отделением _____

Извещение передано « _____ » _____ 198 _____ г.

Передал: _____ Принял: _____

Примечание: После сообщения вклеить в историю болезни _____

Приложение 2
(штамп-клише)

(Штамп лечебного
учреждения)

Направление

В _____ областную,
городскую психиатрическую больницу
(диспансер, психиатрическое отделение)
№ _____
адрес _____
телефон _____

Направляется на стационарное лечение (обследование) больной
(Ф. И. О.) _____

год рождения _____ домашний адрес _____

место работы _____ телефон _____

Обоснование направления в стационар _____

Диагноз: синдром, шифр _____

Последний раз лечился в _____
(наименование психиатрического

_____ в 19 _____ г.; принимал на дому
стационара)

лечение _____ в дозе _____; отмечается повышенная чувст-
вительность к медикаментам

_____ в виде _____

имеются телесные повреждения _____

контакт с инфекционными больными _____

Адреса и телефоны: а) родственников (Ф. И. О.) _____

б) психиатрического кабинета поликлиники, диспансера, где состоит на
учете больной _____

(оказанная неотложная помощь и т. п.)

Примечание:

Дата _____

(фамилия и подпись врача)

1. Ф. И. О. _____
2. Дата « _____ » _____
3. Направлен медицинско-переведен № _____
4. Прибыл в _____ нии родстве по работе, _____
5. Поступил в неотложной _____
6. Наименование находится _____
7. Дата « _____ » открыткой о поступле _____
8. Паспорт б) (название) _____ а) оставле _____ б) переда _____ в) возвра _____
9. Деньги в Ценности _____ а) оставл _____ б) переда _____ в) возвра _____
10. Находитс _____
11. Является вования _____
12. Пенсию в других л _____ через рай _____
13. Находитс _____

Лист отметок

1. Ф. И. О. _____
2. Дата «_____» 198____г. и время_____поступления
3. Направлен (подчеркнуть): участковым психиатром, врачом скорой медицинской помощи, другими врачами поликлиники, без направления, переведен из другого стационара
№_____ 198____г.
4. Прибыл в больницу (подчеркнуть): самостоятельно, в сопровождении родственников, медицинского работника, милиционера, сотрудника по работе, постороннего лица _____ адрес _____
5. Поступил в больницу (подчеркнуть): на общих основаниях, для неотложной госпитализации, на принудительное лечение
6. Наименование и адрес поликлиники, ПНД, где находится (должен находиться) на учете больной _____
7. Дата «_____» 198____г. извещения (телефонограммой, открыткой) участкового психиатра, родственников (подчеркнуть) о поступлении больного в больницу
8. Паспорт больного: серия _____ № _____, другие документы (название) _____
 - а) оставлены в приемном покое _____
 - б) переданы в отделение _____ (подпись)
 - в) возвращены сопровождающему (Ф. И. О.) _____ (подпись)
9. Деньги в сумме _____
Ценности (наименование) _____
 - а) оставлены в приемном покое _____
 - б) переданы в отделение _____ (подпись)
 - в) возвращены сопровождающему (Ф. И. О.) _____ (подпись)
10. Находится на больничном листке с _____
11. Является инвалидом _____ группы, срок переосвидетельствования _____
12. Пенсию в размере _____ получает самостоятельно, через других лиц (Ф. И. О.) _____
через райсобес, военкомат, персональную (подчеркнуть)
13. Находится на патронаже (название учреждения) _____

(оборотная сторона листа)

14. Патронажное обеспечение в сумме _____
получает (Ф. И. О.) _____

15. Находится на попечении, под опекой (подчеркнуть) Ф. И. О.
родственников, опекуна _____
адрес _____

16. Заключение ВКК, судебно-психиатрической комиссии (подчеркнуть)
Комиссия в составе: _____

от « _____ » _____ 198 _____ г. освидетельствовала больного
(Ф. И. О.) _____

в связи с _____
в соответствии с решением, запросом, заявлением (подчеркнуть)
название учреждения _____

« _____ » _____ 198 _____ г. и установила, что
гр-н (ка) _____
болен (диагноз) _____

и по своему состоянию здоровья нуждается (признается)

Председатель ВКК, судебно-психиатрической комиссии
(подчеркнуть) _____ подпись (фамилия
и инициалы)

Члены комиссии: 1. _____ —»— —»—
2. _____ —»— —»—

17. Переписка о больном

Получено письмо (от кого, адрес)	Дата получения	Дата ответа	Краткое содержание ответа

18. Отпуск больного

Дата	Срок с _____ по _____	Адрес больного во время отпуска

19. Дата « _____ » _____ 198 _____ г. извещения (телефоно-
граммой, открыткой) участкового психиатра о выписке больного.

Приложение 4

Адрес _____ Куда _____

_____ Кому _____

Название учреждения _____

_____ 19__ г.

Эпикриз-извещение

_____ ставит

Вас в известность, что больной _____

Год рождения _____ Домашний адрес _____

Поступил _____ Кем направлен _____

Выписан _____ Кем и куда выписан _____

Диагноз _____

Анамнез _____

Психическое состояние _____

Линия отреза

Главврачу _____
(название учреждения)

Ставим Вас в известность, что извещение на больного _____

№ _____ от « _____ » _____ 19 г.

получено нами « _____ » _____ 19 г.

Подпись

(оборотная сторона бланка)

Особенности соматического состояния

Особенности неврологического состояния

Данные анализов и других методов исследования

Проведенное лечение

Состояние при выписке

Трудоспособность и дата выдачи больничного листа

Рекомендуется

Учреждение и организация, получившие настоящий документ, не имеют права никому выдавать его на руки и снимать с него копии

Основание: Приказ МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г.

Лечащий врач

Зав. отделением

Корешок эпикриз-извещения подклеивается к медицинской карте стационарного больного (учетная форма 003/у) перед листом отметок.

1. Ф. И.

Адрес

Ф. И.

Адрес

2. Назва

состав

ческий

3. Ф. И.

4. Ф. И.

по вне

5. Грани

6. Числен

участка

всего

в том

сельс

детей

подро

взрос

7. Район

№
участка

1

Паспорт психиатрического участка

1. Ф. И. О. участкового психиатра _____

Адрес _____ телефон _____

Ф. И. О. участковой медсестры _____

Адрес _____ телефон _____

2. Название и адрес учреждения, в _____
состав которого входит психиатри-
ческий участок _____

3. Ф. И. О. главного врача _____

4. Ф. И. О. зам. главного врача _____
по внебольничной помощи _____

5. Границы психиатрического участка _____

6. Численность населения на
участке:

всего

в том числе городского

сельского

детей (до 14 лет)

подростков (15—16 лет)

взрослых

198 г.	198 г.	198 г.

7. Район обслуживания по терапевтическим участкам

№ участка	Название, № дома	Ф. И. О. участкового терапевта, адрес поликлиники, амбулатории	Ф. И. О. участковой медсестры
1	2	3	4

8. Промышленные предприятия, колхозы и совхозы, расположенные на территории психиатрического участка

№№ пп	Название предприятия, адрес, Ф. И. О. председателя МК и телефон	Название цехов, бригад	Число работаю- щих	Ф. И. О. цехового врача и медсестры	Адрес и телефон санчасти, амбулатории
1	2	3	4	5	6

9. Психиатрические лечебно-профилактические учреждения области (города) и руководящие специалисты

№№ пп	Название учреждения	Адрес	Телефон	Ф. И. О. руководи- теля
1	2	3	4	5
1.	Областной ПНД			
2.	Центральная областная психиатрическая больница			
3.	Областная психиатрическая больница			
4.	Областной психиатр			
5.	Областной нарколог			
6.	Областной детский психиатр			
7.	Областной невропатолог			
8.	Зав. оргметодотделом			
9.	Кафедра психиатрии			
10.	Консультативный центр			
11.	Специализированный ПБТЭК			
12.	Дом-интернат для психически больных			
13.	Дом-интернат для умственно отсталых детей			
14.	Председатели комиссий народных депутатов: а) по борьбе с пьянством б) по трудоустройству в) по опекунству			
15.	Инспектор РОМ по предупреждению общественно опасных действий			

10. Свед

№№ пп
1

Взято
учет

всего	в том числе детей
9	10

11. Спис
Арми

№№ пп
1

Диагн

10. Сведения о движении больных

№№ пп	Диагноз	Шифр	Всего состоит на учете на 1. I. 198 г.	В том числе			
				жителей го- рода	жителей села	детей до 14 лет	лиц подрост- кового воз- раста
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение

Взято на учет			Снято с учета						Состоит на учете на 31. XII. 198 г.			
всего	в том числе детей	переведено из др. участков	всего	в т. ч. детей	в связи с пе- реездом	с выздоров- лением	переведено на другой учас- ток	перешифровка диагноза	Всего	из них		
										детей до 14 лет	жителей города	жителей села
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

11. Список инвалидов Великой Отечественной войны и Советской Армии

№№ пп	Ф. И. О. больного	Год рожде- ния	Группа инва- лидности	Срок пере- освидетель- ствования	№ удостове- рения	Размер пен- сии	Адрес
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение

Диагноз	Шифр диагноза	Место работы	Должность	Примечание
9	10	11	12	13

12. Характеристика инвалидности больных трудоспособного возраста, состоящих на учете

Годы	Всего инвалидов в связи с психич. заболеванием.	Всего инвалидов психич. заболеванием. трудоустроено	Инвалиды I группы			
			работают	не работают	нуждаются в трудоустройстве	трудоустроены
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение

Инвалиды II группы				Инвалиды III группы			
работают	не работают	нуждаются в трудоустройстве	трудоустроены	работают	не работают	нуждаются в трудоустройстве	трудоустроены
8	9	10	11	12	13	14	15

13. Трудоустройство

№№ пп	Ф. И. О. больного	Год рождения	Специальность до заболевания	Шифр диагноза	Год установления инвалидности	Группа инвалидности по годам
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение

Сколько лет не работает или не учится (указать годы)	Нуждается в трудоустройстве, в какой должности	Трудоустройство		Катамнез (сколько времени работает)	Примечание
		дата	где и в какой должности		
8	9	10	11	12	13

14. Список общественно опасных больных

№№ пп	Ф. И. О. больного	Год рождения	Диагноз и ха- рактер анти- социальных действий в прошлом	Место жи- тельства и работы	Ф. И. О, род- ных, родствен- ников или опе- куна, обеспечи- вающих уход и наблюдение за больным
1	2	3	4	5	6

15. Список больных, находящихся на патронаже

№№ пп	Ф. И. О. больного	Год рожде- ния	Диагноз	Группа инвалид- ности	Размер пенсии	Размер патро- нажного обес- печения
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение

Ф. И. О. лица, осу- ществляющего патро- наж, и адрес	Дата обсле- вания на дому	Срок переоформ- ления патронажа	Примечание
8	9	10	11

16. Список амбулаторных больных, получающих бесплатно лекарства

№№ пп	Ф. И. О. больного	Диагноз	Примечание
1	2	3	4

17. Список больных, находящихся под опекой

№№ пп	Ф. И. О.	Диагноз	Ф. И. О. опекуна	Решение суда или опекунского Комитета
1	2	3	4	5

18. Список больных, получивших социально-трудовую помощь (улучшение жилищно-бытовых условий, устройство в Дома инвалидов и т. п.)

№№ пп	Ф. И. О. больного	Вид оказанной помощи	Дата оказания помощи
1	2	3	4

19. Регистрация поступающих приказов, метод рекомендаций и отметки об их выполнении

Дата поступле- ния	Название учреждения, направившего документ	Название документа	Дата ответа	Содержание ответа, про- веденные ме- роприятия	Срок выполне- ния
1	2	3	4	5	6

20. Основные показатели участка

№№ пп	Показатели	Средние показатели по			
		респуб- лике	области	на участке по годам	
				198 г.	198 г.
1	2	3	4	5	6
1.	Общая болезненность				
2.	Болезненность взрослых				
3.	Болезненность по группе психических заболеваний (в том числе шизофрения, эпилепсия, алкогольные психозы)				
4.	Заболеваемость по группе непсихотических заболеваний (в том числе эпилепсия, алкоголизм, олигофрения, неврозы, психопатии)				
5.	Общая заболеваемость				

Продолжение

№ пп	Показатели	Средние показатели по			
		респуб- лике	области	на участке по годам	
				198 г.	198 г.
1	2	3	4	5	6
6.	Заболеваемость по груп- пе психотических забо- леваний				
7.	Заболеваемость по груп- пе непсихотических забо- леваний				
8.	Врачебная нагрузка во время приема в 1 ч				
9.	Врачебная нагрузка на дому в 1 ч				
10.	Обслуженность на одно- го учтенного больного				
11.	Обслуженность больных в поликлинике (на одно- го учтенного больного)				
12.	Обслуженность больных на дому (на одного уч- тенного больного)				

Приложение 6

Учет медикаментов, выданных больным бесплатно

Дата	№ рецепта	Ф. И. О. больного	№ истории болезни	Шифр заболе- вания	Пропись вра- чебных на- значений	Стоимость ле- карств, выдан- ных больным		Подпись вы- давшего
						шизо- френи- ей	эпилеп- сией	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 7
(штамп-клише)

Акт
обследования больного на дому
медицинской сестрой социальной помощи

Ф. И. О. больного _____

Адрес _____

Содержание поручения _____

Дата « _____ » _____ 19__ г. Подпись врача

Результаты обследования:

Чем занимается больной в настоящее время _____

Если выбыл, то куда _____

Если госпитализирован, то куда и когда _____

Инвалидность (указать группу и срок переосвидетельствования) _____

С кем проживает _____

Лица, осуществляющие постоянный уход за больным _____

(Оборотная сторона)

Материально-бытовые условия

Взаимоотношения с окружающими _____

Состояние во время посещения _____

Что сделано на месте _____

Дополнительные данные обследования (вписываются сведения, не предусмотренные предыдущими пунктами, выполнение конкретных заданий врача) _____

Дата посещения « _____ » _____ 198__ г. Подпись медсестры _____
(Дата ознакомления с результатами обследования)

« _____ » _____ 198__ г.

Сделанные выводы, назначения _____

Подпись врача

Штамп
медицинского
учреждения

Приложение 8
к приказу МЗ УССР № 72
от 13. II, 1978 г.

Заключение

Гр-н(ка) _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

проживающий(ая) _____ обследован(а)
(адрес)

врачебно-консультационной комиссией _____
(наименование медицинского
учреждения)

«_____» _____ 198_____ г.

Комиссия установила: _____

1. Г-н(ка) _____ болеет _____
(фамилия, инициалы)

_____ (диагноз в соответствии с Перечнем заболеваний)

Данное заболевание предусмотрено «Перечнем заболеваний» (приложение № 2 к «Положению о порядке предоставления жилплощади в УССР», утвержденному постановлением Совета Министров УССР и Укрсовпрофа от 20. 12. 74 г.)

№ 562 раздел _____ пункт _____

Г-н(ка) _____ нуждается _____
(фамилия, инициалы)

по состоянию здоровья в изолированной жилой площади (в виде

изолированной однокомнатной квартиры, отдельной от семьи комнаты в изолированной квартире)

_____ (может проживать в отдельной от семьи комнате в общей квартире)

2. Г-н (ка) _____ (фамилия, инициалы) _____ (болеет, не болеет)

заболеванием _____, предусмотренным

подпунктом «в» п. 26 Положения _____ в неотложном
(нуждается, не нуждается)

улучшении жилищных условий.

3. Г-н (ка) _____ при предоставлении
(фамилия, инициалы)
жилой площади _____ право в соответствии с п.32
(имеет, не имеет)
Положения на получение жилого помещения на нижних этажах или
в доме с лифтом.

Данное заключение выдано для предъявления в _____
на основании запросов _____ от _____ № _____

Примечание: Заключение ВКК о нуждаемости в изолированной жилой
площади вынесено без проверки жилищных условий больного, исходя толь-
ко из медицинских критериев.

Печать _____ Председатель ВКК _____ (фамилия)
Члены ВКК _____ (фамилия)

Приложение 9
(штамп-клише)

(наименование лечебного учреждения)

Карта патронажного больного

Ф. И. О. _____ Год рождения _____
Адрес _____

1. Ф. И. О. родственников _____
2. Адрес родственников _____
3. Ф. И. О. и адрес _____
оформившего больного г. _____ район _____
на патронаж _____ улица _____ № дома _____ кв. _____
4. Дата взятия больного _____
на патронаж _____
(оформление договора,
заполнение карты) _____
5. Данные о больном _____
(когда заболел, _____
когда лечился в _____
данном психиатри- _____
ческом учреждении) _____
6. Диагноз _____ шифр _____
7. Инвалидность _____ группа. Срок переосвидетельствования _____
Размер пенсии _____

8. Когда выдано _____ I _____ VII _____
денежное воз- _____ II _____ VIII _____
награждение _____ III _____ IX _____
(по месяцам) _____ IV _____ X _____
_____ V _____ XI _____
_____ VI _____ XII _____

9. Материальное
обеспечение
больного
(белье, спецодежда
и т. п.)

Дата

Наименование

(Оборотная сторона карты)

Результаты обследования

больного патронажной медицинской сестрой на дому в 198__г.

_____ (соматическое и психическое состояние, бытовые
условия, поведение и т. п.) — по месяцам

Месяцы	Результаты обследования	Подпись медсестры
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		
VII		
VIII		
IX		
X		
XI		
XII		

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абортивные и атипичные судорожные припадки 81
- Алкоголизм 93
- возрастные особенности 96
 - депрессивные состояния 100
 - истерические реакции 100
 - клиника 94
 - лечение 101
 - определение 93
 - течение 96
 - у женщин 96
 - этиопатогенез 93
- Алкогольная энцефалопатия 99
- Алкогольные психозы 97
- атипичные 98
 - затяжные и хронические 97
 - лечение 103
 - острые 97
 - патоморфоз 97
- Алкогольный бред ревности 99
- галлюциноз 98
 - параноид 98
- Амбулаторный автоматизм 80, 81, 82
- Аментивное состояние 146, 155, 156
- Анозогнозия 69, 154
- Апатические изменения 71
- Астеническое состояние 116, 128
- Атипичные состояния МДП 90
- Аура 81
- Аутизм 72
- Каннера, см. Ранний детский аутизм
- Белая горячка 98, 145, 155
- лечение 103, 145
- Бесплатное обеспечение медикаментами психически больных при амбулаторном лечении 24
- Бланк заключения на льготное предоставление психически больным изолированной жилой площади 173
- Болезнь Альцгеймера 106
- диагностика 106
 - клиника 106
 - эпидемиологическая справка 106
 - этиология и патогенез 106
- Гайе—Вернике 97
- Пика 107
- диагностика 108
 - клиника 107
 - эпидемиологическая справка 107
 - этиология и патогенез 107
- Большой судорожный припадок 80
- Бредовые идеи, психозы 73, 74, 82, 84, 99, 110, 111, 129, 153, 156
- психозы позднего возраста 109, 111
- Бригадно-территориальное обслуживание психически больных 5
- Внебольничная психиатрическая помощь, структура и организация 18
- Военно-врачебная психиатрическая экспертиза 49
- Врачебно-консультационная комиссия (ВКК), вопросы, подлежащие ее рассмотрению 44
- Всесоюзная проблемная комиссия «Межведомственные вопросы наркологии» 36
- Вспомогательная школа 35
- Выписка больного из психиатрического стационара, показания и правила 14
- Галлюцинации 72, 81, 98, 108, 130
- Ганзеровский синдром 131
- Гебефренические расстройства 73
- Главный специалист-психиатр (нарколог) 6, 38

Госпитализация психически
больных 12

— — — для принудительного
лечения 57

— — — на общих основани-
ниях 12

— — — по неотложным показа-
ниям 12

График работы врача-ординато-
ра 12

Дебильность 55, 112, 113

— дифференциальная диагности-
ка 115

Делириозное состояние 145, 155

Деменция 67

— лакунарная 68

— тотальная 68

— специфическая (дефект) 69

Депрессивная фаза МДП 89

Детский психоневрологический
санаторий 31

— — кабинет 29

— психиатр 28

Дипсомания 100

Диспансеризация детей с психи-
ческими нарушениями 30, 33

Диспансерный учет больных ал-
коголизмом и наркоманиями 39

— — психически больных 21

Диссимуляция 56

Диссоциация 71

Дисфория 82

Дифференциальный диагноз, ос-
новные критерии 66

Дифференцированные лечебные
режимы 11

Дневной стационар для лечения
больных алкоголизмом 42, 63

— (ночной) полустационар 63

— — — для детей и подрост-
ков 30

Дом инвалидов для психически
больных 49

Идиотия 113

Имбецильность 113

Инволюционные психозы 110

— — диагностика 110

— — клиника 110

— — лечение

— — эпидемиологическая справ-
ка 110

— этиология и патогенез 110

Инволюционная меланхолия 112

Индивидуальная карта амбула-
торного больного 20

Индукцированные психозы 130

Инспектор-психиатр (нарколог) 6

Интермиссия («светлый проме-
жуток») 67, 88

Интерпатоморфоз 67

Интранозоморфоз 67

Интрасиндромальный патомор-
фоз 67

Инфантилизм 116

— дисгармонический 116

— общий 116

Инфекционное отделение психи-
атрической больницы 10

Ипохондрические состояния 153

Исключительные состояния 129

Истерия 134

— клиника 134

— лечение 137

Исходы психических заболева-
ний 67

— психотических состояний 68

Кабинет патологии раннего дет-
ства 30

— речевой патологии 30

Карта амбулаторного больно-
го 20

— диспансерного наблюдения 20

— стационарного больного (исто-
рия болезни) и методические
материалы по ее заполне-
нию 13

Картотека контрольных карт 22

Кататонические расстройства 73,
74, 147

Клиническая форма психическо-
го заболевания 67

Клиническое отделение психиат-
рической больницы 10

Комиссия по борьбе с алкоголиз-
мом 37

Коррекция побочных явлений,
возникающих при лечении нейро-
лептическими средствами 147

Корсаковский психоз 99

Лечебный отпуск 15

Лечебно-производственные (тру-
довые) мастерские (ЛТМ) 62

Лечение соматических осложне-

ний при терапии психотропными препаратами 147

Лист врачебных назначений 15

— наблюдений 15

— отметок 15

Логопедическая помощь 27

Малые бессудорожные пароксизмы 81

Маниакально-депрессивный психоз 88

— — — вегетативно-соматические симптомы 89

— — — возрастные особенности 91

— — — диагностика 91

— — — клиника 89

— — — лечение и профилактика 91

— — — маниакальная фаза 89

— — — определение 88

— — — патогенез 88

— — — течение 91

— — — эпидемиологическая справка 88

Маскированные депрессии см. Циклотимия

Медико-генетический кабинет 30

— педагогическая комиссия 34

«Мусситирующий» («бормочущий») делирий 156

Наркологическая больница 41

— помощь, ее структура и организация 35

Наркологический диспансер 41

— кабинет 39

— пост 40

Наркологическое отделение при предприятиях 42, 64

Научно-организационный отдел 6

Научное общество невропатологов и психиатров 7

Невменяемость 52

Неврастения 134

— клиника 134

— лечение 137

Невроз навязчивых состояний 136

— — — клиника 136

— — — лечение 137

Неврозоподобные состояния 137

Неврозы 133

— лечение 137

— определение 133

— течение 136

Областной (городской) детский психиатр 28

Общепсихиатрическое территориальное отделение 10

Оглушение 156

Олигофрения 112

— диагностика, общие критерии 112

— — отдельных форм 119

— лечение, общие принципы 118

— — при отдельных формах 119—125

— определение 112

— профилактика 125

— степени, их диагностика 112

— эпидемиологическая справка 112

Онейроидное состояние 146

Организационно-методический консультативный отдел 8

Освидетельствование больных алкоголизмом 43

— призывников и военнообязанных 48

Острая психогенная речевая спутанность 128

Острые психотические состояния, требующие неотложной госпитализации 145

Отделение для больных инвалидов Великой Отечественной войны 10

— — — с глубоким слабоумием 10

— — — — пограничными состояниями 10

— — — утративших жилье и родственные связи 10

Отношение больного к своей болезни 69

Паранозогнозия 69

Паспорт психиатрического участка 20, 165

Патологический аффект 128

Патологическое опьянение 100

Патометаморфоз 67

Патоморфоз психических заболеваний 67, 133

Патохарактерологическое разви-

тие см. Психопатическое разви-
 тие
 Патронажное обеспечение психи-
 чески больных 49, 65
 Пенсионное обеспечение психиче-
 ски больных 49
 План работы психиатрического
 отделения 11
 Пограничная интеллектуальная
 недостаточность, основные фор-
 мы 115
 Подростковый кабинет 30
 — психиатр 34
 Права психически больных 44
 Приемное отделение 9, 13
 Принудительное лечение 57
 — — от алкоголизма 43
 Проблемная комиссия по психи-
 атрии 6
 Просоночное состояние 56
 Профилактика общественно опас-
 ных действий психически боль-
 ных 57
 Псевдодеменция 131
 Психастения 135
 — клиника 135
 — лечение 137
 Психиатр-консультант в сомати-
 ческом стационаре 152
 Психиатрическая (психоневроло-
 гическая) больница 9, 62
 — помощь, структура и органи-
 зация 5—18
 — — детям, структура и органи-
 зация 27, 64
 — служба области 7
 Психиатрическое (психосомати-
 ческое) отделение (палата) при
 соматическом стационаре 9
 Психиатрический диагноз 66—70
 — кабинет 18
 — — анализ работы 25
 — — график работы 19
 — — план работы 19
 — стационар 16
 — — анализ деятельности 16
 — — структура и организация 8
 Психические расстройства, встре-
 чающиеся в соматическом ста-
 ционаре 152
 Психогенный галлюциноз 130
 — (истерический) ступор 131
 Психозы сосудистого происхо-
 ждения 108

— — — диагностика 110
 — — — клинические формы 109
 — — — лечение и профилак-
 тика 110
 — — — эпидемиологическая
 справка 108
 — — — этиология и патогенез 108
 Психомоторное возбуждение 147,
 154
 Психомоторные припадки 82
 Психоневрологический диспансер
 18, 26
 — — для детей и подростков 30
 Психоорганический синдром 117,
 155
 Психопатии 139
 — возбудимые 141
 — диагностика 143
 — динамика 142, 154
 — истероидные 142
 — лечение и профилактика 144
 — мозаичные 142
 — неустойчивые 142
 — общие признаки 140
 — определение 139
 — тормозимые 142
 — эпидемиологическая справ-
 ка 140
 — этиопатогенез 140
 Психопатическое развитие 143
 Психоприемник 9
 Психотерапевтическая помощь 26
 Психотерапевтический кабинет 27
 Пуэрилизм 131
 Ранний детский аутизм 117
 Распорядок дня отделения и гра-
 фик работы медицинского персо-
 нала 11
 Расщепление см. Диссоциация
 Реабилитация психически боль-
 ных 59
 — — — контингенты 61
 — — — основные принципы 60
 — — — оценка эффективнос-
 ти 61
 — — — учреждения 62
 — — — этапы 60
 Реактивная депрессия 129
 Реактивное возбуждение 128
 Реактивные психозы 126
 — — аффективно-шоковые 128
 — — бредовые 129

- — затяжные 132
- — — варианты течения 132
- — лечение 133
- — определение 126
- — особенности синдромов 132
- — патогенез 126
- — патоморфоз 133
- — подострые 129
- — триада Ясперса 127
- — эпидемиологическая справка 126

Реактивный ступор 128

Реакция «короткого замыкания» 128

Резидуальный бред 81

Ремиссия 68

Республиканский консультативный психоневрологический центр 7

Рецидив 68

Синдром бредоподобных фантазий 132

— регресса психики («одичания») 131

Смешанные состояния МДП 89

Соматическое отделение психиатрической больницы 10

Соматогенные параноиды 156

Соматогенный делирий 145, 155

Сомнамбулизм 82

Специализированный Дом ребенка 35

Специализированная психиатрическая ВТЭК 47

Специфичность и типичность психопатологических синдромов 66

Спеццех на промышленном предприятии 63

Старческое слабоумие 104

— — диагностика 106

— — клиника 105

— — лечение 106

— — эпидемиологическая справка 104

— — этиология и патогенез 104

Стационарно-амбулаторное психиатрическое объединение 5

Судебно-психиатрическое отделение 10

Судебно-психиатрическая экспертиза 50

— — — в гражданском процессе 58

— — — в суде 51

— — — заключение экспертизы 53

— — — заочная 51

— — — методика 52

— — — несовершеннолетних 58

— — — организация и проведение 50

— — — осужденных 58

— — — после совершения преступления 52

— — — при алкоголизме и алкогольных психозах 44, 55

— — — дебильности 55

— — — психопатий 56

— — — реактивных психозов 56

— — — симуляции, аггравации, диссимуляции 56

— — — циркулярного психоза 54

— — — шизофрении 53

— — — экзогенно-органических расстройств психической деятельности 55

— — — эпилепсии 54

— — — свидетелей и потерпевших 57

— — — у следователя 51

Суицидальные действия 148, 154

Сумеречное состояние 81, 127, 128, 146, 155

Течение психических заболеваний 48, 67

Транс 82

Умственная отсталость 115

Ургентная психиатрическая помощь 144

— — — при осложнениях терапии 147

— — — — острых психотических состояниях 145

— — — — отравлении психотропными препаратами 149

Участковый детский психиатр 32

— подростковый психиатр 34

— психиатр 18

— — диагностическая и лечебная работа 20

— — план и график работы 19

— — показатели деятельности 25

— — социально-профилактическая работа 24

— — учетная документация 24

— психиатр-нарколог 39

— — — профилактическая работа 40

— — — экспертная работа 42

Учреждения наркологической помощи 35

— психиатрической помощи 5

— — и педагогической помощи детям 29

Фельдшерский здравпункт при автотранспортном предприятии 41

— наркологический кабинет 40

Физиотерапия при психических заболеваниях 157

— — — документация 158

— — — меры безопасности 158

— — — основные принципы 157

— — — противопоказания 158

Форма учета медикаментов, отпускаемых больным бесплатно 171

Хозрасчетный наркологический кабинет 41

Центр по наркологии 36

Циклотимия 90

— атипичные и маскированные депрессии 91

— клиника 90

— определение 90

Циркулярный психоз см. Маниакально-депрессивный психоз

Шизофрения 70

— диагностика и ранняя диагностика 76

— клинические формы 73

— лечение 77

— определение 70

— основные симптомы 71

— преодоление терапевтической резистентности 78

— продуктивные симптомы 72

— типы дебютов 76

— — ремиссий 77

— — течения 74

— у детей и подростков 73, 75

— эпидемиологическая справка 70

— этиопатогенез 70

Штамп-клише

— — извещения о поступлении больного в психиатрический стационар 159

— — направления в психиатрический стационар 160

— — листа отметок 161

— — эпикриза-извещения 163

— — акта обследования на дому 172

— — карты патронажного больного 174

Экспертиза алкогольного опьянения 43

— трудоспособности 48

Эпилепсия 79

— классификация 79

— клиника 80

— клинические формы 85

— лечение и профилактика 87

— определение 79

— признаки эпилептических пароксизмов 86

— психопатологические расстройства 83

— ранняя диагностика 86

— типы деменции 84

— — течения 85

— электроэнцефалографические данные 86

— эпидемиологическая справка 79

— эпизодические пароксизмальные расстройства 80

— — — возрастные особенности 83

— этиопатогенез 79

Эпилептические радикалы 83

Эпилептический ступор 82

Эпилептическое состояние 82

— — клиника 82

— — лечение 151

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Авруцкий Г. Я. Неотложная помощь в психиатрии.— М.: Медицина, 1979.— 260 с.

Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я., Личко А. Е., Смулевич А. Б. Биологическая терапия психических заболеваний.— Л.: Медицина, 1975.— 312 с.

Авруцкий Г. Я., Гурович И. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний.— М.: Медицина, 1974.— 448 с.

Алкогольная установка, ее структура, особенности и механизм психологической защиты у больных хроническим алкоголизмом (методические указания).— М., 1980.— 17 с.

Алкогольный паранойд (клиника, психопатология, дифференциальная диагностика, судебно-психиатрическое значение) (методические рекомендации).— М., 1979.— 26 с.

Алкогольная патология в практике скорой и неотложной медицинской помощи (методические рекомендации).— М., 1978.— 35 с.

Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. Под ред. проф. И. А. Полищука и доц. А. Е. Видренко.— Киев: Здоровья.— 122 с.

Бабаян Э. А. Некоторые актуальные вопросы наркологии.— В кн.: Материалы 6-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М.: Медицина, 1975, т. I, с. 7—12.

Бабаян Э. А. Правовые аспекты психиатрии в законодательстве СССР.— М.: Медицина, 1979.— 14 с.

Бадалян Л. О., Таболин В. А., Вельтищев Ю. Е. Наследственные болезни у детей.— М.: Медицина, 1971.— 367 с.

Банищikov В. М. Атеросклероз сосудов головного мозга с психическими расстройствами.— М.: Медицина, 1967.— 294 с.

Барашнев Ю. И., Вельтищев Ю. Е. Наследственные болезни обмена у детей.— Л.: Медицина, 1978.— 319 с.

Бачериков Н. Е. Клиника и профилактика психических заболеваний.— Киев: Здоровья, 1980.— 180 с.

Беляев В. П., Стяжкин В. Л. Современные направления диспансеризации больных нервно-психическими заболеваниями.— Ж. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 11, с. 1706—1711.

Бирюкович П. В., Синицкий В. Н., Ущеренко Л. С. Циркулярная депрессия.— Киев: Наукова думка, 1979.— 324 с.

Блейхер В. М. Клиническая патопсихология.— Ташкент: Медицина, 1976.— 325 с.

Блейхер В. М. Клиника приобретенного слабоумия.— Киев: Здоровья, 1976.— 151 с.

Блейхер В. М. Эпонимический словарь психиатрических терминов.— Киев: Вища школа, 1980.— 237 с.

Бокий И. В., Лапин И. П. Алкогольный абстинентный синдром.— Л.: Медицина, 1978.— 198 с.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых.— М.: Медицина, 1971.— 365 с.

Болдырев А. И. Эпилептические синдромы.— М.: Медицина, 1976.— 262 с.

Болдырев А. И. Социальный аспект больных эпилепсией.— М.: Медицина, 1978.— 198 с.

Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями.— М.: ЦИЭТИН, 1974.— 102 с.

Видренко А. Е. Картотека для контрольных карт диспансерного наблюдения за психически больными.— В сб.: Невропатология и психиатрия. Киев: Здоров'я, 1976, вып. 5, с. 82—86.

Виленский О. Г. Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях.— Киев: Здоров'я, 1979.— 102 с.

Вопросы психотерапии. Под ред. акад. АМН СССР Г. В. Морозова и проф. М. С. Лебединского.— М.: Медицина, 1973.— 265 с.

Воронков Г. Л., Шевчук И. Д., Шелунцов Б. В. Психические болезни.— В кн.: Рецептурный справочник врача. Киев: Здоров'я, 1981, с. 124—134.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение.— Л.: Медицина, 1977.— 272 с.

Глоссарий, основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами (методические рекомендации).— МЗ СССР, 1974.— 42 с.

Глоссарий, стандартизированные психопатологические синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных реактивными психозами. (Методическое письмо).— М., 1972.— 32 с.

Глоссарий, психопатологические синдромы и психотические состояния для клинической оценки больных сосудистыми психозами.— М., 1976.— 30 с.

Глоссарий психопатологических синдромов для унификации клинической оценки экзогенно-органических психозов.— М.: 1974.— 29 с.

Глоссарий психопатологических синдромов для унифицированной клинической оценки состояния больных аффективными психозами (методические рекомендации).— МЗ СССР, 1979.— 19 с.

Глоссарий основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста (методические рекомендации).— М., МЗ СССР, 1977.— 100 с.

Гулямов М. Г. К тайне древней болезни.— 2-е изд.— Душанбе: Ирфон, 1977.— 160 с.

Диагностика и терапия расстройств психической деятельности при органических заболеваниях головного мозга в пожилом и старческом возрасте (методические рекомендации).— Киев: Наукова думка, 1980.— 22 с.

Дифференцированная терапия обострений непрерывно-прогредиентной шизофрении (методические рекомендации).— Львов: МЗ УССР, 1978.— 17 с.

Диагностика и лечение гипоталамического (диэнцефального) синдрома у детей (методические рекомендации). Киев: МЗ УССР, 1978.— 24 с.

Диагностика и лечение неврозоподобных состояний у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью (методические рекомендации).— Киев: МЗ УССР, 1978.— 24 с.

Диагностика и лечение психопатоподобных состояний у детей и

подростков с церебрально-органической недостаточностью (методические рекомендации).— Киев: МЗ УССР, 1975.— 18 с.

Диагностика и терапия соматогенных психических заболеваний в аспекте патоморфоза (методические рекомендации).— Свердловск: МЗ СССР, 1979.— 20 с.

Диагностика психопатий и акцентуации характера в подростковом возрасте (методические рекомендации).— Л.: МЗ РСФСР, 1980.— 36 с.

Диагностика и психотерапия неврозов в условиях специализированного отделения (методические рекомендации).— МЗ РСФСР, 1979.— 25 с.

Диспансеризация больных эпилепсией (методические рекомендации).— Л.: МЗ РСФСР, 1976.— 23 с.

Егорова И. С. Электроэнцефалография.— М.: Медицина, 1973.— 296 с.

Ефименко В. П. Депрессии в пожилом возрасте.— Л.: Медицина, 1975.— 183 с.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии.— М.: Медицина, 1977.— 167 с.

Завилянский И. Я., Блейхер В. М. Психиатрический диагноз.— Киев: Вища школа, 1979.— 195 с.

Захария Е. А. Предрасположенность организма к эпилептическим припадкам.— Киев, Здоров'я, 1974.— 204 с.

Зейгарник Б. В. Патопсихология.— М.: Изд-во МГУ, 1976.— 237 с.

Зеневич Г. В. Вопросы диспансеризации психически и нервнобольных.— Л.: Медицина, 1972.— 200 с.

Интенсивная терапия эндогенных психозов (методические рекомендации).— М.: МЗ РСФСР, 1978.— 16 с.

Инструкция по применению лекарственных препаратов для лечения больных алкоголизмом. Вып. 11.— М., 1976.— 40 с.

Инструкция по применению электросудорожной терапии (ЭСТ).— М.: МЗ СССР, 1979.— 14 с.

Кабанов М. Н. Реабилитация психически больных.— Л.: Медицина, 1978.— 230 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М.: Медицина, 1980.— 448 с.

Карлов В. А. Эпилептический статус.— М.: Медицина, 1974.— 175 с.

Калмыкова Л. Г. Наследственная гетерогенность болезней нервной системы.— М.: Медицина, 1976.— 319 с.

Клиника атипичных и смешанных алкогольных психозов (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 19 с.

Клиническая динамика неврозов и психопатий. Под ред. В. В. Ковалева.— Л.: Медицина, 1967.— 215 с.

Клиника и лечение отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы у детей (методические рекомендации).— Харьков: МЗ УССР, 1977.— 17 с.

Клинические критерии общественной опасности больных шизофренией (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 23 с.

Клиника и лечение госпитализма у больных шизофренией с непрерывно-прогредиентным течением (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1980.— 21 с.

Клиника и лечение начальных проявлений алкоголизма (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1976.— 11 с.

Клиника и лечение тяжелых форм алкогольного делирия (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1977.— 12 с.

Клиника и дифференциальная диагностика циклотимии (методические рекомендации).— М.: МЗ УССР, 1976.— 19 с.

Клинические принципы принудительного лечения больных непрерывно-текущей шизофренией (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 22 с.

Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1980.— 15 с.

Ковалев В. П. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1979.— 607 с.

Красик Е. Д., Демидов Н. А., Потапов А. И. и др. Формы и методы реабилитации психически больных.— Томск: Изд-во Томского ун-та, 1974.— 105 с.

Кутин В. П., Кутин Г. В. Лечение неврозов и психозов.— Киев: Здоров'я, 1979.— 182 с.

Лебедев Б. В., Блюмина М. Г. Фенилкетонурия у детей.— М.: Медицина, 1972.— 159 с.

Лежепекова Л. Н., Якубов Б. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача.— Л.: Медицина, 1977.— 157 с.

Лечебно-педагогическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими заиканием (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 30 с.

Лечебно-воспитательные режимы в психиатрическом стационаре (методические рекомендации).— Л., 1977.— 27 с.

Лечение и уход за ребенком, страдающим фенилкетонурией (методические рекомендации).— Киев: МЗ УССР, 1977.— 19 с.

Лившиц С. М., Яворский В. А. Социальные и клинические проблемы алкоголизма.— Киев: Здоров'я, 1975.— 124 с.

Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм.— М.: Медицина, 1978.— 232 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.— 207 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1979.— 335 с.

Лукомский М. И., Никитин Ю. И. Лечение психических расстройств при алкоголизме.— Киев: Здоров'я, 1977.— 157 с.

Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. Изд. 2-е.— М.: Медицина, 1968.— 160 с.

Лукьянов В. С. НОТ в медицине.— М.: Знание, 1976.— 63 с.

Маскированная депрессия (клиника, дифференциальные критерии и лечение) (методические рекомендации).— Куйбышев: МЗ РСФСР 1976.— 16 с.

Мерфи Э. А., Чайз Г. А. Основы медико-генетического консультирования.— М.: Медицина, 1979.— 398 с.

Методические рекомендации по определению степени функциональной готовности детей к поступлению в школу.— М.: МЗ СССР, 1979.— 16 с.

Методические рекомендации по вопросам диагностики и лечения психических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.— М.: МЗ СССР, 1978.— 14 с.

Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма (методические указания).— М.: МЗ СССР, 1976.— 14 с.

Методы объективной оценки и критерии степени социально-трудовой декомпенсации и реабилитации больных алкоголизмом (методические рекомендации):— Харьков, МЗ УССР, 1979.— 14 с.

Мецов П. Г. Реабилитация психически больных.— Киев: Здоровья, 1976.— 48 с.

Мягер В. К. Диэнцефальные нарушения и неврозы.— Л.: Медицина, 1976.— 168 с.

Некоторые методические рекомендации по применению терапии средой (мильотерапии) в психиатрии.— Донецк, 1975.— 27 с.

Наркомании, токсикомании и их лечение (методические рекомендации)— М., 1979.— 48 с.

Неотложная помощь при опасных для жизни состояниях, возникающих у психически больных (методические рекомендации).— М.: МЗ РСФСР, 1976.— 162 с.

О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях (методические рекомендации).— Л.: МЗ РСФСР, 1976.— 23 с.

Опыт организации внебольничной психоневрологической помощи детям и подросткам. /Под ред. В. А. Колеговой, Ф. П. Яновия.— М.: Медицина, 1975.— 190 с.

Организация восстановительного лечения и трудоустройства психически больных в промышленности и сельском хозяйстве в Томской области (методические рекомендации).— М.: 1978.— 16 с.

Организация внебольничной трудовой терапии психически больных (методическое письмо)— Л., 1970.— 37 с.

Организация диспансерного наблюдения за детьми с нервно-психическими нарушениями в условиях общеобразовательной школы (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 26 с.

Организация устойчивых психотерапевтических коллективов больных при лечении алкоголизма в амбулаторных условиях (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1976.— 16 с.

Организация профилактической помощи детям раннего возраста в условиях детской поликлиники (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1976.— 21 с.

Основные начальные проявления психических заболеваний у детей (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 15 с.

О трудоустройстве психически больных на селе (методические материалы).— М., 1958.— 41 с.

Портнягин Ф. Г. Методические рекомендации для врачей— организаторов физиотерапевтической помощи.— Томск, 1972.— 117 с.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Изд. 2-е.— М.: Медицина, 1971.— 390 с.

Применение психофармакологических средств при лечении хронического алкоголизма (методические указания).— М.: МЗ СССР, 1975.— 22 с.

Послегоспитальная реабилитация психически больных в условиях сельскохозяйственного производства (методические рекомендации).— Одесса, 1975.— 23 с.

Применение солей лития для лечения и профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза (методические рекомендации).— Киев: Наукова думка, 1978.— 21 с.

Профилактические рекомендации
Профилактика
наре (методи
Психогиги
детском возра
1979.— 28 с.
Работа пс
абилитации бо
Л., 1978.— 39 с
Ранняя ди
МЗ УССР, 196
Ранняя ди
дические реком
Ранняя ди
дической шизо
мендаций).— Л
Руководств
кент: Медицин
Руководств
Г. В. Морозова
Сараджин
на, 1977.— 302
Свядош А
456 с.
Семейное п
лактики (мето
19 с.
Семенов С
процессы при
нии.— М.: Мед
Семейная
ции).— Л.: МЗ
Синицкий
ческих припад
Система д
в областной п
ции).— М.: МЗ
Слободяни
ров'я, 1977.— 4
Снежневск
зофрении.— Ж
Специализ
гического дисп
мендаций).— М
Справочни
Д. И. Грицкев
Справочни
ред. акад. АМ
370 с.
Справоник
М.: Медицина,
Справочни
цина, 1976.— 34

Профилактика и лечение эпилептического состояния (методические рекомендации).— М.: МЗ УССР, 1975.— 15 с.

Профилактика и лечение белой горячки в соматическом стационаре (методические рекомендации).— М.: МЗ УССР, 1976.— 15 с.

Психогигиена и психопрофилактика психических заболеваний в детском возрасте (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 28 с.

Работа психоневрологического диспансера по промышленной реабилитации больных шизофренией (методические рекомендации).— Л., 1978.— 39 с.

Ранняя диагностика эпилепсии (методическое письмо).— Киев: МЗ УССР, 1969.— 23 с.

Ранняя диагностика, лечение и профилактика эпилепсии (методические рекомендации).— Киев: МЗ УССР, 1979.— 25 с.

Ранняя диагностика, лечение и профилактика рецидивов периодической шизофрении в амбулаторных условиях (методические рекомендации).— Львов: МЗ УССР, 1978.— 20 с.

Руководство по психотерапии /Под ред. В. Е. Рожнова.— Ташкент: Медицина, 1977.— 400 с.

Руководство по судебной психиатрии /Под ред. акад. АМН СССР Г. В. Морозова.— М.: Медицина, 1977.— 400 с.

Сараджиевичи П. М.; Геладзе Т. Ш. Эпилепсия.— М.: Медицина, 1977.— 302 с.

Святош А. М. Неврозы и их лечение.— М.: Медицина, 1974.— 456 с.

Семейное положение психически больных и вопросы психопрофилактики (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 19 с.

Семенов С. Ф., Назаров К. Н., Чуприков А. П. Аутоиммунные процессы при врожденных энцефалопатиях, эпилепсии и шизофрении.— М.: Медицина, 1973.— 335 с.

Семейная психотерапия при неврозах (методические рекомендации).— Л.: МЗ РСФСР, 1977.— 16 с.

Синицкий В. Н. Судорожная готовность и механизмы эпилептических припадков.— Киев: Наукова думка, 1976.— 178 с.

Система дифференцированной реабилитации психически больных в областной психиатрической больнице (методические рекомендации).— М.: МЗ УССР, 1976.— 36 с.

Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз.— Киев: Здоров'я, 1977.— 480 с.

Снежневский А. В. Место клиники в исследовании природы шизофрении.— Ж. невропатол. и психиатр., № 9, 1978, с. 1340—1345.

Специализированный эпилептологический кабинет психоневрологического диспансера (формы и методы работы; методические рекомендации).— М.: МЗ РСФСР, 1980.— 43 с.

Справочник по врачебно-трудовой экспертизе /Под ред. Д. И. Грицкевича.— М.: Медицина, 1972.— 428 с.

Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи /Под ред. акад. АМН СССР проф. Е. И. Чазова.— М.: Медицина, 1971.— 370 с.

Справочник по психиатрии /Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1974.— 392 с.

Справочник по физиотерапии /Под ред. Обросова.— М.: Медицина, 1976.— 344 с.

Стандартизированные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией (методическое письмо).— М.: МЗ СССР, 1970.— 75 с.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства.— М.: Медицина, 1978.— 400 с.

Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм.— М.: Медицина, 1977.— 165 с.

Формы и методы работы дневных стационаров (методические рекомендации).— М.: МЗ СССР, 1979.— 20 с.

Фрумкин Я. П., Воронков Г. Л., Шевчук И. Д. Психиатрия, таблицы и схемы.— Киев: Вища школа, 1977.— 78 с.

Фрумкин Я. П., Лившиц С. М. Следовые влияния в психопатологии.— Киев: Здоровья, 1979.— 110 с.

Хохлов Л. К. О патоморфозе психических заболеваний.— Ж. невропатол. и психиатр., вып. 1, 1977, 67—72 с.

Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях.— М.: Медицина, 1972.— 279 с.

Чудновский В. С., Менделевич Д. М., Галимов И. Х. Основные принципы и методы изучения центральной нервной системы при психических заболеваниях (учебно-методическое руководство).— Казань, 1979.— 70 с.

Шизофрения /Под ред. И. А. Полищука.— Киев: Здоровье, 1976.— 260 с.

Шизофрения (мультидисциплинарное исследование) /Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1972.— 398 с.

Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия.— М.: Медицина, 1977.— 215 с.

Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи.— М.: Медицина, 1979.— 286 с.

ОГЛАВ

Предисл

ЧАСТЬ

Глава

Глава

Глава

Глава

Глава

Глава

Глава

ЧАСТЬ

Глава

Глава

Глава 1

Глава 1

Глава 1

Глава 1

Глава 1

Глава 1

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
ЧАСТЬ I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	5
Глава 1. Принципы организации и структура психиатрической помощи (Г. Л. Воронков, А. Е. Видренко)	5
Глава 2. Стационарная психиатрическая помощь (А. Е. Видренко)	8
Глава 3. Внебольничная психиатрическая помощь (А. Е. Видренко)	17
Глава 4. Психиатрическая помощь детям (В. Н. Кузнецов)	27
Глава 5. Наркологическая помощь (А. Е. Видренко, Ж. А. Корецкая)	35
Глава 6. Правовые вопросы в психиатрии и экспертная работа врача-психиатра (Г. Л. Воронков, С. М. Лившиц, А. Е. Видренко)	44
Работа врачебно-консультационной комиссии	44
Судебно-психиатрическая экспертиза	49
Глава 7. Реабилитация психически больных (П. Г. Мецов)	59
ЧАСТЬ II. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	66
Глава 8. Методологические принципы психиатрической диагностики (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук)	66
Глава 9. Шизофрения (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук, Б. В. Шелунцов)	70
Глава 10. Эпилепсия (Г. Л. Воронков)	79
Глава 11. Маниакально-депрессивный (циркулярный) психоз (А. В. Крыжановский, А. В. Олейник, Б. В. Шелунцов)	88
Глава 12. Алкоголизм и алкогольные психозы (Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук)	93
Глава 13. Психозы позднего возраста (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянская, В. С. Шапошников)	104
Глава 14. Олигофрения (Л. А. Булахова)	112
Глава 15. Реактивные психозы (С. М. Лившиц)	126
	189

Глава 16.	Неврозы и неврозоподобные состояния (А. В. Крыжановский, Б. В. Шелунцов)	133
Глава 17.	Психопатии (Г. Л. Воронков, С. М. Лившиц)	139
Глава 18.	Ургентная психиатрическая помощь (В. М. Куценко)	144
Глава 19.	Консультативная работа психиатра в соматическом стационаре (Л. И. Завилянская, В. М. Блейхер)	152
Глава 20.	Физиотерапия при психических заболеваниях (Е. С. Волков)	157
Приложения	(А. Е. Видренко)	159
Предметный указатель		176
Список литературы		182

Георгий Ле
Моисеевич
геевич Вол
Корецкая,
лаевич Куз
ишиц, Петр
слав Семен
чеславович

Редактор Т
Оформлени
Художестве
Технически
Корректоры
Е. Я. Кот
Информ. б.
Сдано в на
Бумага тн
Уч. изд. л.
Издательс
Киевская и

А. В. Кры... 133
Лившиц) 139
М. Куце... 144
оматическом
я, В. М. ... 152
ниях (Е. С. ... 157
... 159
... 176
... 182

Георгий Леонидович Воронков, Андрей Евгеньевич Видренко, Вадим Моисеевич Блейхер, Лидия Александровна Булахова, Евгений Сергеевич Волков, Лора Израилевна Завилянская, Жанна Аркадьевна Корецкая, Александр Владимирович Крыжановский, Валерий Николаевич Кузнецов, Борис Моисеевич Куценко, Саул Моисеевич Лившиц, Петр Георгиевич Мецов, Степан Федорович Олейник, Владислав Семенович Шапошников, Ида Дмитриевна Шевчук, Борис Вячеславович Шелунцов

ПРАКТИЧЕСКИЙ СПРАВОЧНИК ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Под редакцией Г. Л. ВОРОНКОВА, А. Е. ВИДРЕНКО

Редактор Т. С. Люстерник

Оформление художника Л. В. Левченко

Художественный редактор Н. А. Сердюкова

Технический редактор Е. Г. Вольвах

Корректоры Л. П. Козинец, Т. Я. Рогачевская, А. В. Воробьева, Е. Я. Котляр

Информ. бланк № 1217

Сдано в набор 19.05.81. Подп. к печ. 20.11.81. БФ 09798. Формат 84×108¹/₃₂. Бумага тип. № 3. Гарн. лит. Печ. выс. Усл.-печ. л. 10,08. Усл. кр.-отт. 10,40. Уч.-изд. л. 14,64. Тираж 50 000 экз. Зак. 228. Цена 1 руб.

Издательство «Здоров'я», 252021, г. Киев-21, ул. Кирова, 7, тел. 93-64-73

Киевская книжная фабрика, 252054, Киев-54, ул. Воровского, 24.

П69 Практический справочник врача-психиатра/Под
ред. Г. Л. Воронкова, А. Е. Видренко.— Киев: Здо-
ров'я, 1981.— 192 с.

В справочнике освещены основные вопросы практической работы
врача-психиатра: ранняя диагностика, лечение, экспертиза, предуп-
реждение и реабилитация нервно-психических заболеваний.

В приложении приведены образцы медицинской документации
психиатрических учреждений.

П 51700-188
М209(04)-81 44.81.4118000000

ББК 56.14я2
617.9(083)

ча-психиатра/Под
енко.— Киев: Здо-

сы практической работы
ие, экспертиза, предуп-
заболеваний.
ицинской документации

ББК 56.14я2
617.9(083)

1946.

1

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА

1